YO, **JHOVANA ZAPATA HENAO**

en mi calidad de **SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR** del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO		
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	800134691-1
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	63-00193-2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE: 1 enero 2025 — HASTA: 31 diciembre 2025		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	04 enero 2025		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	VIGENCIA	PAGO No:	3 DE 3
VALOR A PAGAR	$ 97.045.756	VALOR EN LETRAS:	NOVENTA Y SIETE MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE: 1 enero 2025 — HASTA: 31 enero 2025		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	CONSECUTIVO DE LA AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS EN REHABILITACIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PROTEGER Y PROMOVER LA RESOCIALIZACIÓN EN MEDIO DE LA PANDEMIA.	64625	27	C-4602-1500-10-204040-4602014-02	123	A-02-02-02-009-003-03	$ 97.045.756

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACIÓN BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCO OCCIDENTE	NÚMERO DE CUENTA:	691014431	TIPO DE CUENTA:	AHORROS

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$	EN LETRAS	
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$	SALDO POR AMORTIZAR	$

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 97.045.756
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 97.045.756
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR	$ 97.045.756

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / ZONA	ÁREA O C.C.E.	FIRMA
JHOVANA ZAPATA HENAO	SUPERVISOR CONTRATO	QUINDÍO	GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA	Jhovana Zapata Henao

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.C.E.	FIRMA
LEIDY JUDITH SUAREZ BALTAN	FINANCIERA TESORO DE SUPERVISION	QUINDIO	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
NATALIA RENDON ECHEVERRI	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA	Natalia Rendon	

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIEN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
YULIETH VALENTINA CRUZ BARRAZA	ago. 21 2025	11:40 a.m.	

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIEN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE DEVOLUCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DEVUELTOS DESPUÉS DE EFECTUAR LA EXPLICACIÓN

NOMBRE QUIEN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

162

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
VDA SAN JUAN DE CAROLINA FCA BALSALICHE CA SALECIANA
Teléfono 3176679751 Salento Quindío

Factura electrónica de venta
No. FEFF517

INFORMACION DEL CLIENTE	FECHA	TOTAL
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICB	**12/08/2025**	**$ 97.045.756,00**

NI No. : 899999239-2
DIRECCION : Avenida carrera 68 No. 64 C - 75

VENDEDOR

TELEFONO : 018000918080
CIUDAD : BOGOTÁ, D.C. **PAIS :** Colombia

FECHA VENCIMIENTO	REFERENCIA
11/09/2025	

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
41659503	ICBF JULIO CTTO 198 CC 121	$ 97.045.756,00

NRO. ITEMS FACTURADOS: 1

FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
CxC # 1	Vence: 11/09/2025	$ 97.045.756,00

VALOR (en letras) : NOVENTA Y SIETE MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES

BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERNADO, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF

CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS N° 060104643401 DE BANCOOMEVA
Persona jurídica y asimiladas, No responsable impuesto a las ventas, Agente retenedor (puede practicar retención), Entidad no contribuyente (no se le debe hacer retención) y No responsable de IVA
Factura a crédito, plazo hasta 11/09/2025.

Preparado	Aprobado	Contabilizado	Revisado	FIRMA Y SELLO
				C.C. O NIT.

Sello de firma:
Sm0OwUQDPnJrSHwJAv2lGfYXJGm5eUCbKQnR/vv7gp2Jh8oEnrc0mbCwEo6rOLHZjkPXedyWl2nKwLmDYYbKeNF/mZLyFMosThxxyC6JSv+f5OFyTWetzV
C6UHDBQnogTtPfY0V2DYSpwVnHP7fY+yfJae3BenMVde0GNKvcX0+085W5E+boZLL/m4J3zxAAFHMwPyCnKuGB0kN4SSpC5POGfai+q72bcdHOub4Uyw
eCKsFnOjTstYLcyIV4zzPcCWmv7DU1NhJLa7zYJC5Dj6uId3tFclai3T/4+V7iwTurxciotnab9o6wPelvFEcJy3SRSx/43GGnwnEv3CqVg==

CUFE: 6361009785d89dd00ed4f267b73fd1226b816d02a887fef536e2aab8c4fc04623180d1cdf8ef578ce5e05c6f579c52fc
Fecha emisión: 2025-08-12 16:55:31 **Fecha validación DIAN:** 2025-08-12 16:55:37-05:00
Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
DIRECCION REGIONAL QUINDIO
Grupo de Asistencia Tecnica (Quindio)
PUBLICA

BIENESTAR FAMILIAR

MEMORANDO

Radicado No: 202554300000023713

Para: **LUIS FERNANDO OSPINA ARIAS**
Coordinador Grupo Financiero

Asunto: AUTORIZACION DE PAGO

Fecha: 2025-08-21

Muy respetuosamente me permito solicitar adelantar el trámite correspondiente para el pago de la certificación y respectiva cuenta de cobro que se adjunta, las cual corresponde a servicios de Protección de los siguientes contratos de aporte:

No.	Contrato	Operador	Valor
1	63001982025	Fundación familiar pro rehabilitación de farmacodependientes FARO	$97.045.756
2	63001982025	Fundación familiar pro rehabilitación de farmacodependientes FARO	$497.828
3	63001982025	Fundación familiar pro rehabilitación de farmacodependientes FARO	$400.000

Cordialmente,

Jhovana Zapata Henao
JHOVANA ZAPATA HENAO
Supervisora Contratos

Elaboró: Alba Marcela Narvaez Osorio abogada de apoyo a la supervisión

Revisó: Liliana Suarez Contadora de apoyo a la supervisión

Bullet 11 agosto 2025 11:40 am

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
Tel: 3176679751 Calarca Q.

MOVIMIENTO CUENTAS AUXILIARES

Movimiento desde 01/07/2025 hasta 31/07/2025
Incluye cuentas entre 510506 y 539595
Incluye todos los terceros

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
C. Costos: 121					**SAN RAFAEL ACEPTADOS**			
Cuenta:				**510506**	**510506 - Sueldos**		$ 60.567.350,00 C*	Saldo inicial cuenta 510506 a 30/06/2025
2025	7	29	215N2-2507001		$ 1.800.000,00	$ 0,00	$ 62.367.350,00	Mariana Ramirez-Serv Contables
			215N2-2507001		$ 1.423.500,00	$ 0,00	$ 63.790.850,00	Nicolas Gomez -Aux admon
			215N2-2507001		$ 1.367.500,00	$ 0,00	$ 65.158.350,00	Gloria Esperanza Granada-Coordinadora
			215N2-2507001		$ 1.423.500,00	$ 0,00	$ 66.581.850,00	Aminta Cardenas- Cocina
			215N2-2507001		$ 1.423.500,00	$ 0,00	$ 68.005.350,00	Luz Dilia - serv generales
			215N2-2507001		$ 1.423.500,00	$ 0,00	$ 69.428.850,00	Gloria Ines-Cocina
					$ 8.861.500,00	$ 0,00	$ 69.428.850,00 T=	Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 8.861.500,00	$ 0,00	$ 69.428.850,00 C=	Saldo final cuenta 510506 a 31/07/2025
Cuenta:				**510515**	**510515 - Horas extras y recargos**		$ 4.173.018,00 C*	Saldo inicial cuenta 510515 a 30/06/2025
2025	7	29	215N2-2507001		$ 293.112,00	$ 0,00	$ 4.466.130,00	Aminta Cardenas- Cocina
			215N2-2507001		$ 667.104,00	$ 0,00	$ 5.133.234,00	Gloria Ines-Cocina
					$ 960.216,00	$ 0,00	$ 5.133.234,00 T=	Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 960.216,00	$ 0,00	$ 5.133.234,00 C=	Saldo final cuenta 510515 a 31/07/2025
Cuenta:				**510527**	**510527 - Auxilio de transporte**		$ 7.086.667,00 C*	Saldo inicial cuenta 510527 a 30/06/2025
2025	7	29	215N2-2507001		$ 200.000,00	$ 0,00	$ 7.286.667,00	Mariana Ramirez-Serv Contables
			215N2-2507001		$ 200.000,00	$ 0,00	$ 7.486.667,00	Nicolas Gomez -Aux admon
			215N2-2507001		$ 100.000,00	$ 0,00	$ 7.586.667,00	Gloria Esperanza Granada-Coordinadora
			215N2-2507001		$ 200.000,00	$ 0,00	$ 7.786.667,00	Aminta Cardenas- Cocina
			215N2-2507001		$ 200.000,00	$ 0,00	$ 7.986.667,00	Luz Dilia - serv generales
			215N2-2507001		$ 200.000,00	$ 0,00	$ 8.186.667,00	Gloria Ines-Cocina
					$ 1.100.000,00	$ 0,00	$ 8.186.667,00 T=	Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 1.100.000,00	$ 0,00	$ 8.186.667,00 C=	Saldo final cuenta 510527 a 31/07/2025
Cuenta:				**510530**	**510530 - Cesantías**		$ 6.137.913,00 C*	Saldo inicial cuenta 510530 a 30/06/2025
2025	7	30	215N2-2507002		$ 166.667,00	$ 0,00	$ 6.304.580,00	CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 135.292,00	$ 0,00	$ 6.439.872,00	CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 40.588,00	$ 0,00	$ 6.480.460,00	CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 281.833,00	$ 0,00	$ 6.762.293,00	CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 159.718,00	$ 0,00	$ 6.922.011,00	CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 135.292,00	$ 0,00	$ 7.057.303,00	CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 190.884,00	$ 0,00	$ 7.248.187,00	CESANTIAS
					$ 1.110.274,00	$ 0,00	$ 7.248.187,00 T=	Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 1.110.274,00	$ 0,00	$ 7.248.187,00 C=	Saldo final cuenta 510530 a 31/07/2025
Cuenta:				**510533**	**510533 - Intereses sobre cesantías**		$ 736.548,00 C*	Saldo inicial cuenta 510533 a 30/06/2025
2025	7	30	215N2-2507002		$ 20.000,00	$ 0,00	$ 756.548,00	INTERESES SOBRE CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 16.235,00	$ 0,00	$ 772.783,00	INTERESES SOBRE CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 4.871,00	$ 0,00	$ 777.654,00	INTERESES SOBRE CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 33.820,00	$ 0,00	$ 811.474,00	INTERESES SOBRE CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 19.166,00	$ 0,00	$ 830.640,00	INTERESES SOBRE CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 16.235,00	$ 0,00	$ 846.875,00	INTERESES SOBRE CESANTIAS
			215N2-2507002		$ 22.906,00	$ 0,00	$ 869.781,00	INTERESES SOBRE CESANTIAS
					$ 133.233,00	$ 0,00	$ 869.781,00 T=	Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 133.233,00	$ 0,00	$ 869.781,00 C=	Saldo final cuenta 510533 a 31/07/2025
Cuenta:				**510536**	**510536 - Prima de servicios**		$ 6.109.498,00 C*	Saldo inicial cuenta 510536 a 30/06/2025
2025	7	30	215N2-2507002		$ 166.667,00	$ 0,00	$ 6.276.165,00	PRIMA DE SERVICIOS
			215N2-2507002		$ 135.292,00	$ 0,00	$ 6.411.457,00	PRIMA DE SERVICIOS
			215N2-2507002		$ 40.588,00	$ 0,00	$ 6.452.045,00	PRIMA DE SERVICIOS
			215N2-2507002		$ 236.250,00	$ 0,00	$ 6.688.295,00	PRIMA DE SERVICIOS

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
2025	7	30	215	N2-2507002	$ 159.718,00	$ 0,00	$ 6.848.013,00	PRIMA DE SERVICIOS
			215	N2-2507002	$ 135.292,00	$ 0,00	$ 6.983.305,00	PRIMA DE SERVICIOS
			215	N2-2507002	$ 190.884,00	$ 0,00	$ 7.174.189,00	PRIMA DE SERVICIOS
					$ 1.064.691,00	$ 0,00	$ 7.174.189,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 1.064.691,00	$ 0,00	$ 7.174.189,00	C= Saldo final cuenta 510536 a 31/07/2025
Cuenta:			**510539**		**510539 - Vacaciones**		$ 2.543.051,00	C* Saldo inicial cuenta 510539 a 30/06/2025
2025	7	30	215	N2-2507002	$ 75.000,00	$ 0,00	$ 2.618.051,00	VACACIONES
			215	N2-2507002	$ 59.313,00	$ 0,00	$ 2.677.364,00	VACACIONES
			215	N2-2507002	$ 17.794,00	$ 0,00	$ 2.695.158,00	VACACIONES
			215	N2-2507002	$ 113.958,00	$ 0,00	$ 2.809.116,00	VACACIONES
			215	N2-2507002	$ 59.313,00	$ 0,00	$ 2.868.429,00	VACACIONES
			215	N2-2507002	$ 59.313,00	$ 0,00	$ 2.927.742,00	VACACIONES
			215	N2-2507002	$ 59.313,00	$ 0,00	$ 2.987.055,00	VACACIONES
					$ 444.004,00	$ 0,00	$ 2.987.055,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 444.004,00	$ 0,00	$ 2.987.055,00	C= Saldo final cuenta 510539 a 31/07/2025
Cuenta:			**510568**		**510568 - Aportes a administradoras de**		$ 1.396.900,00	C* Saldo inicial cuenta 510568 a 30/06/2025
2025	7	30	215	N2-2507002	$ 9.400,00	$ 0,00	$ 1.406.300,00	Aportes a administradoras de riesgos profesionales
			215	N2-2507002	$ 34.700,00	$ 0,00	$ 1.441.000,00	Aportes a administradoras de riesgos profesionales
			215	N2-2507002	$ 10.500,00	$ 0,00	$ 1.451.500,00	Aportes a administradoras de riesgos profesionales
			215	N2-2507002	$ 35.600,00	$ 0,00	$ 1.487.100,00	Aportes a administradoras de riesgos profesionales
			215	N2-2507002	$ 41.900,00	$ 0,00	$ 1.529.000,00	Aportes a administradoras de riesgos profesionales
			215	N2-2507002	$ 34.700,00	$ 0,00	$ 1.563.700,00	Aportes a administradoras de riesgos profesionales
			215	N2-2507002	$ 51.000,00	$ 0,00	$ 1.614.700,00	Aportes a administradoras de riesgos profesionales
					$ 217.800,00	$ 0,00	$ 1.614.700,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 217.800,00	$ 0,00	$ 1.614.700,00	C= Saldo final cuenta 510568 a 31/07/2025
Cuenta:			**510570**		**510570 - Aportes a fondos de pensione**		$ 7.476.893,00	C* Saldo inicial cuenta 510570 a 30/06/2025
2025	7	30	215	N2-2507002	$ 216.000,00	$ 0,00	$ 7.692.893,00	Aportes a fondos de pensiones y/o cesantías
			215	N2-2507002	$ 206.036,00	$ 0,00	$ 7.898.929,00	Aportes a fondos de pensiones y/o cesantías
			215	N2-2507002	$ 250.876,00	$ 0,00	$ 8.149.805,00	Aportes a fondos de pensiones y/o cesantías
			215	N2-2507002	$ 51.318,00	$ 0,00	$ 8.201.123,00	Aportes a fondos de pensiones y/o cesantías
			215	N2-2507002	$ 339.153,00	$ 0,00	$ 8.540.276,00	Aportes a fondos de pensiones y/o cesantías
			215	N2-2507002	$ 170.860,00	$ 0,00	$ 8.711.136,00	Aportes a fondos de pensiones y/o cesantías
					$ 1.234.243,00	$ 0,00	$ 8.711.136,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 1.234.243,00	$ 0,00	$ 8.711.136,00	C= Saldo final cuenta 510570 a 31/07/2025
Cuenta:			**510572**		**510572 - Aportes cajas de compensació**		$ 2.738.000,00	C* Saldo inicial cuenta 510572 a 30/06/2025
2025	7	30	215	N2-2507002	$ 113.100,00	$ 0,00	$ 2.851.100,00	Aportes cajas de compensación familiar
			215	N2-2507002	$ 72.000,00	$ 0,00	$ 2.923.100,00	Aportes cajas de compensación familiar
			215	N2-2507002	$ 57.000,00	$ 0,00	$ 2.980.100,00	Aportes cajas de compensación familiar
			215	N2-2507002	$ 57.000,00	$ 0,00	$ 3.037.100,00	Aportes cajas de compensación familiar
			215	N2-2507002	$ 87.200,00	$ 0,00	$ 3.124.300,00	Aportes cajas de compensación familiar
			215	N2-2507002	$ 68.700,00	$ 0,00	$ 3.193.000,00	Aportes cajas de compensación familiar
			215	N2-2507002	$ 17.800,00	$ 0,00	$ 3.210.800,00	Aportes cajas de compensación familiar
					$ 472.800,00	$ 0,00	$ 3.210.800,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 472.800,00	$ 0,00	$ 3.210.800,00	C= Saldo final cuenta 510572 a 31/07/2025
Cuenta:			**510575**		**510575 - Aportes i.c.b.f.**		$ 2.054.500,00	C* Saldo inicial cuenta 510575 a 30/06/2025
2025	7	30	215	N2-2507002	$ 354.800,00	$ 0,00	$ 2.409.300,00	Aportes i.c.b.f.
					$ 354.800,00	$ 0,00	$ 2.409.300,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 354.800,00	$ 0,00	$ 2.409.300,00	C= Saldo final cuenta 510575 a 31/07/2025
Cuenta:			**510578**		**510578 - Sena**		$ 1.369.500,00	C* Saldo inicial cuenta 510578 a 30/06/2025

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
Tel: 3176679751 Calarca Q.

MOVIMIENTO CUENTAS AUXILIARES

Movimiento desde 01/07/2025 hasta 31/07/2025
Incluye cuentas entre 510506 y 539595
Incluye todos los terceros

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
2025	7	30	215	N2-2507002	$ 36.000,00	$ 0,00	$ 1.405.500,00	SENA
			215	N2-2507002	$ 28.500,00	$ 0,00	$ 1.434.000,00	SENA
			215	N2-2507002	$ 8.900,00	$ 0,00	$ 1.442.900,00	SENA
			215	N2-2507002	$ 56.600,00	$ 0,00	$ 1.499.500,00	SENA
			215	N2-2507002	$ 34.400,00	$ 0,00	$ 1.533.900,00	SENA
			215	N2-2507002	$ 28.500,00	$ 0,00	$ 1.562.400,00	SENA
			215	N2-2507002	$ 43.600,00	$ 0,00	$ 1.606.000,00	SENA
					$ 236.500,00	$ 0,00	$ 1.606.000,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 236.500,00	$ 0,00	$ 1.606.000,00	C= Saldo final cuenta 510578 a 31/07/2025
Cuenta:				**51103601**	**51103601 - HONORARIOS OPERATIVOS**		$ 199.000.667,00	C* Saldo inicial cuenta 51103601 a 30/06/2025
2025	7	25	159	FSR1300	$ 2.900.000,00	$ 0,00	$ 201.900.667,00	FSR1300 JUAN DAVID FRANCO PSICO.
			159	FSR1301	$ 2.900.000,00	$ 0,00	$ 204.800.667,00	FSR1301 MARTHA ISABEL GONZALES TRAB. SOCIAL
			159	FSR1302	$ 2.950.000,00	$ 0,00	$ 207.750.667,00	FSR1302 ESTEFANIA ACEVEDO GEST. DE CASO
			159	FSR1303	$ 2.700.000,00	$ 0,00	$ 210.450.667,00	FSR1303 YESICA ALEJANDRA GARCIA ESP. AREA
			159	FSR1304	$ 2.600.000,00	$ 0,00	$ 213.050.667,00	FSR1263 JENIFER GIOVANA NUTRI.
			159	FSR1305	$ 2.600.000,00	$ 0,00	$ 215.650.667,00	FSR1305 PAOLA ANDREA OSORIO AUX. ENFERMERIA
			159	FSR1306	$ 300.000,00	$ 0,00	$ 215.950.667,00	FSR1306 SALOME USMA INSTRU TALLER
			159	FSR1307	$ 545.000,00	$ 0,00	$ 216.495.667,00	FSR1307 JONATHAN OSORIO INST. TALLER
			159	FSR1308	$ 215.000,00	$ 0,00	$ 216.710.667,00	FSR1308 LUIS CARLOS TABARES INST. TALLER
			159	FSR1309	$ 280.000,00	$ 0,00	$ 216.990.667,00	FSR1309 MARIA ELENA GIL INST. TALLER
			159	FSR1310	$ 2.470.000,00	$ 0,00	$ 219.460.667,00	FSR1310 MAURICIO MANJARRES FORMADOR DE VIDA
			159	FSR1311	$ 2.470.000,00	$ 0,00	$ 221.930.667,00	FSR1311 GERMAN ALEJANDRO FORMADOR DE VIDA
			159	FSR1312	$ 2.470.000,00	$ 0,00	$ 224.400.667,00	FSR1312 LUZ PIEDAD ALADINO FORMADOR DE VIDA
			159	FSR1313	$ 2.470.000,00	$ 0,00	$ 226.870.667,00	FSR1313 MARIA NARDA FORMADOR DE VIDA
			159	FSR1314	$ 2.470.000,00	$ 0,00	$ 229.340.667,00	FSR1314 SEBASTIAN MUÑOZ FORMADOR DE VIDA
			159	FSR1315	$ 2.470.000,00	$ 0,00	$ 231.810.667,00	FSR1315 EIMY CAMILA RIOS FORMADOR DE VIDA
		31	211	N1-2507019	$ 2.470.000,00	$ 0,00	$ 234.280.667,00	FSR1227 JAVIER HOYOS-FOR VIDA
					$ 35.280.000,00	$ 0,00	$ 234.280.667,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 35.280.000,00	$ 0,00	$ 234.280.667,00	C= Saldo final cuenta 51103601 a 31/07/2025
Cuenta:				**51201101**	**51201101 - CONSTRUCCIONES Y**		$ 49.476.000,00	C* Saldo inicial cuenta 51201101 a 30/06/2025
2025	7	24	116	FCQ-655	$ 9.000.000,00	$ 0,00	$ 58.476.000,00	F. FEAR655 PIA SOCIEDAD SALESIANA HOGAR SR
					$ 9.000.000,00	$ 0,00	$ 58.476.000,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 9.000.000,00	$ 0,00	$ 58.476.000,00	C= Saldo final cuenta 51201101 a 31/07/2025
Cuenta:				**51353601**	**51353601 - TELEFONO BASE**		$ 1.302.429,00	C* Saldo inicial cuenta 51353601 a 30/06/2025
2025	7	3	116	FCQ-144266	$ 231.093,00	$ 0,00	$ 1.533.522,00	F. AYA144266 AYA
					$ 231.093,00	$ 0,00	$ 1.533.522,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 231.093,00	$ 0,00	$ 1.533.522,00	C= Saldo final cuenta 51353601 a 31/07/2025
Cuenta:				**51353602**	**51353602 - TELEFONO IVA**		$ 250.231,00	C* Saldo inicial cuenta 51353602 a 30/06/2025
2025	7	3	116	FCQ-144266	$ 43.907,00	$ 0,00	$ 294.138,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-144266
					$ 43.907,00	$ 0,00	$ 294.138,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 43.907,00	$ 0,00	$ 294.138,00	C= Saldo final cuenta 51353602 a 31/07/2025
Cuenta:				**513555**	**513555 - Gas**		$ 2.084.619,00	C* Saldo inicial cuenta 513555 a 30/06/2025

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
2025	7	8	159	FSR1291	$ 240.000,00	$ 0,00	$ 2.324.619,00	FSR1291 ANDRES FELIPE GAS
		16	159	FSR1296	$ 240.000,00	$ 0,00	$ 2.564.619,00	FSR1296 ANDRES FELIPE GAS
		18	116	FCQ-772067	$ 27.500,00	$ 0,00	$ 2.592.119,00	F. COL772067 GOLGAS
		21	159	FSR1298	$ 122.500,00	$ 0,00	$ 2.714.619,00	FSR1298 925053 ANDRES FELIPE GAS
					$ 630.000,00	$ 0,00	$ 2.714.619,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 630.000,00	$ 0,00	$ 2.714.619,00	C= Saldo final cuenta 513555 a 31/07/2025
Cuenta:				**51501601**	**51501601 - REPARACIONES LOCATIVA**		$ 4.589.584,00	C* Saldo inicial cuenta 51501601 a 30/06/2025
2025	7	4	116	FCQ-52417	$ 55.714,00	$ 0,00	$ 4.645.298,00	F. FVEQ52417 QUINDIELECTRICOS
		7	116	FCQ-3645	$ 17.647,00	$ 0,00	$ 4.662.945,00	F. FE3645 DANIEL MAURICIO
		8	116	FCQ-13251	$ 21.008,00	$ 0,00	$ 4.683.953,00	F. FEFC13251 JORGE LUIS SILVA
		9	116	FCQ-13266	$ 13.865,00	$ 0,00	$ 4.697.818,00	F. FEFC13266 JORGE LUIS SILVA
		18	116	FCQ-13420	$ 22.689,00	$ 0,00	$ 4.720.507,00	F. FEFC13420 JORGE LUIS SILVA
		21	116	FCQ-20701	$ 14.286,00	$ 0,00	$ 4.734.793,00	F. FE20701 PLASTI HERRAJES
		23	116	FCQ-4233	$ 8.403,00	$ 0,00	$ 4.743.196,00	F. FE4233 DANIEL YEPES BECERRA
		30	116	FCQ-4480	$ 81.933,00	$ 0,00	$ 4.825.129,00	F. FE4480 DANIEL YEPES BECERRA
		31	116	FCQ-10036188	$ 25.966,00	$ 0,00	$ 4.851.095,00	F. 6602100361883 SODIMAC
					$ 261.511,00	$ 0,00	$ 4.851.095,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 261.511,00	$ 0,00	$ 4.851.095,00	C= Saldo final cuenta 51501601 a 31/07/2025
Cuenta:				**51501602**	**51501602 - REPARACIONES LOCATIVA**		$ 509.667,00	C* Saldo inicial cuenta 51501602 a 30/06/2025
2025	7	4	116	FCQ-52417	$ 10.586,00	$ 0,00	$ 520.253,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-52417
		7	116	FCQ-3645	$ 3.353,00	$ 0,00	$ 523.606,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-3645
		8	116	FCQ-13251	$ 3.992,00	$ 0,00	$ 527.598,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-13251
		9	116	FCQ-13266	$ 2.635,00	$ 0,00	$ 530.233,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-13266
		18	116	FCQ-13420	$ 4.311,00	$ 0,00	$ 534.544,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-13420
		21	116	FCQ-20701	$ 2.714,00	$ 0,00	$ 537.258,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-20701
		23	116	FCQ-4233	$ 1.597,00	$ 0,00	$ 538.855,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-4233
		30	116	FCQ-4480	$ 15.567,00	$ 0,00	$ 554.422,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-4480
		31	116	FCQ-10036188	$ 4.934,00	$ 0,00	$ 559.356,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-100361883
					$ 49.689,00	$ 0,00	$ 559.356,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 49.689,00	$ 0,00	$ 559.356,00	C= Saldo final cuenta 51501602 a 31/07/2025
Cuenta:				**51501603**	**51501603 - REPARACIONES LOCATIVA**		$ 5.880.126,00	C* Saldo inicial cuenta 51501603 a 30/06/2025
2025	7	4	159	FSR1289	$ 236.250,00	$ 0,00	$ 6.116.376,00	SEÑALIZACIÓN SEDE SAN RAFAEL
					$ 236.250,00	$ 0,00	$ 6.116.376,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 236.250,00	$ 0,00	$ 6.116.376,00	C= Saldo final cuenta 51501603 a 31/07/2025
Cuenta:				**51501605**	**51501605 - REPARACION Y**		$ 1.895.891,00	C* Saldo inicial cuenta 51501605 a 30/06/2025
2025	7	8	130	G1-25070044	$ 380.800,00	$ 0,00	$ 2.276.691,00	F.NM3435 NACIONAL DE MANTENIMIENTO
		16	116	FCQ-98	$ 320.000,00	$ 0,00	$ 2.596.691,00	F. FE98 JOSE EVER
		21	116	FCQ-4343	$ 315.126,00	$ 0,00	$ 2.911.817,00	F. QPFE4343 QUINDIPLAGAS SR
		28	116	FCQ-3658	$ 92.437,00	$ 0,00	$ 3.004.254,00	F. FETI3658 INTRO TI
		31	159	FSR1320	$ 130.000,00	$ 0,00	$ 3.134.254,00	FSR1320 CAMILO ANDRES
					$ 1.238.363,00	$ 0,00	$ 3.134.254,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 1.238.363,00	$ 0,00	$ 3.134.254,00	C= Saldo final cuenta 51501605 a 31/07/2025
Cuenta:				**51501606**	**51501606 - REPARACION Y**		$ 224.577,00	C* Saldo inicial cuenta 51501606 a 30/06/2025

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
Tel: 3176679751 Calarca Q.

MOVIMIENTO CUENTAS AUXILIARES

Movimiento desde 01/07/2025 hasta 31/07/2025
Incluye cuentas entre 510506 y 539595
Incluye todos los terceros

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
2025	7	8	130	G1-25070044	$ 3.648,00	$ 0,00	$ 228.225,00	IVA como mayor valor - G1- COMPROBANTE DE EGRESO QUINDIO: G1-25070044
		21	116	FCQ-4343	$ 59.874,00	$ 0,00	$ 288.099,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-4343
		28	116	FCQ-3658	$ 17.563,00	$ 0,00	$ 305.662,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-3658
					$ 81.085,00	$ 0,00	$ 305.662,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 81.085,00	$ 0,00	$ 305.662,00	C= Saldo final cuenta 51501606 a 31/07/2025
Cuenta:				**51501607**	**51501607 - REPARACION Y**		$ 630.126,00	C* Saldo inicial cuenta 51501607 a 30/06/2025
2025	7	15	159	FSR1294	$ 120.000,00	$ 0,00	$ 750.126,00	MANTENIMIENTO PREVENTIVO NEVERA SR
					$ 120.000,00	$ 0,00	$ 750.126,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 120.000,00	$ 0,00	$ 750.126,00	C= Saldo final cuenta 51501607 a 31/07/2025
Cuenta:				**51701101**	**51701101 - ALIMENTACION BASE**		$ 106.788.120,00	C* Saldo inicial cuenta 51701101 a 30/06/2025
2025	7	1	116	FCQ-10447	$ 1.039.740,00	$ 0,00	$ 107.827.860,00	F. FEPA10447 PROAGRO SR
			116	FCQ-30485569	$ 38.770,00	$ 0,00	$ 107.866.630,00	F. 3048556984 AVIDESA DE OCCIDENTE
			116	FCQ-54973	$ 44.200,00	$ 0,00	$ 107.910.830,00	F. CHF54973 INDUSTRIAS EL CHOCOLO SR
			116	FCQ-6778	$ 1.103.950,00	$ 0,00	$ 109.014.780,00	F. FE256778 CARNICERIA GIRALDO SR
		2	116	FCQ-30485583	$ 35.557,00	$ 0,00	$ 109.050.337,00	F. 3048558382 AVIDESA DE OCCIDENTE
			116	FCQ-4056	$ 182.160,00	$ 0,00	$ 109.232.497,00	F. PE4056 PANIFICADORA SR
			116	FCQ-799466	$ 19.286,00	$ 0,00	$ 109.251.783,00	F. K1U799466 KOBA COLOMBIA
		4	116	FCQ-45726	$ 3.770.107,00	$ 0,00	$ 113.021.890,00	F. ARM45726 INVERSIONES LATORRE SR
		7	116	FCQ-10537	$ 1.171.120,00	$ 0,00	$ 114.193.010,00	F. FEPA10537 PROAGRO SR
			116	FCQ-110657	$ 859.015,00	$ 0,00	$ 115.052.025,00	F. 166P110657 COOPERATIVA COLANTA SR
			116	FCQ-110661	$ 99.065,00	$ 0,00	$ 115.151.090,00	F. 166P110661 COOPERATIVA COLANTA SR
		8	116	FCQ-4072	$ 251.900,00	$ 0,00	$ 115.402.990,00	F. PE 4072 PANIFICADORA SR
			116	FCQ-45148	$ 27.681,00	$ 0,00	$ 115.430.671,00	F. 086A045148 JERONIMO MARTINS
			116	FCQ-45818	$ 51.409,00	$ 0,00	$ 115.482.080,00	F. ARM 45818 INVERSIONES LATORRE SR
			116	FCQ-55410	$ 36.400,00	$ 0,00	$ 115.518.480,00	F. CHF55410 INDUSTRIAS EL CHOCOLO SR
			116	FCQ-6914	$ 952.020,00	$ 0,00	$ 116.470.500,00	F. FE256914 CARNICERIA GIRALDO SR
			130	G1-25070046	$ 1.052.974,00	$ 0,00	$ 117.523.474,00	F. 166P 110391 COLANTA
			159	FSR1290	$ 1.171.040,00	$ 0,00	$ 118.694.514,00	FSR1290 JORGE ANDRES QUIROZ (POLLO & HUEVOS)
		10	211	N1-2507003	$ 0,00	$ 65.124,00	$ 118.629.390,00	NC N. NC1725 F. ARM5726 INVERSIONES LATORRE SR
		14	116	FCQ-10674	$ 742.450,00	$ 0,00	$ 119.371.840,00	F. FEPA10674 PROAGRO SR
			116	FCQ-4092	$ 242.550,00	$ 0,00	$ 119.614.390,00	F. PE4092 PANIFICADORA SR
			116	FCQ-7024	$ 693.460,00	$ 0,00	$ 120.307.850,00	F. FE257024 CARNICERIA GIRALDO SR
		16	159	FSR1297	$ 729.840,00	$ 0,00	$ 121.037.690,00	FSR1297 JORGE ANDRES QUIROZ (POLLO & HUEVOS)
		18	130	G1-25070072	$ 874.243,00	$ 0,00	$ 121.911.933,00	F. 166P112742 COLANTA
			130	G1-25070073	$ 46.475,00	$ 0,00	$ 121.958.408,00	F. 166P112959 COLANTA
		21	116	FCQ-10784	$ 1.070.480,00	$ 0,00	$ 123.028.888,00	F. FEPA10784 PROAGRO SR
			116	FCQ-10793	$ 70.200,00	$ 0,00	$ 123.099.088,00	F. FEPA10793 PROAGRO SR
			116	FCQ-4114	$ 331.980,00	$ 0,00	$ 123.431.068,00	F. PE4114 PANIFICADORA SR
		22	116	FCQ-56255	$ 31.200,00	$ 0,00	$ 123.462.268,00	F. CHF56255 INDUSTRIAS EL CHOCOLO SR
			116	FCQ-7154	$ 680.220,00	$ 0,00	$ 124.142.488,00	F. FE257154 CARNICERIA GIRALDO SR
			159	FSR1299	$ 808.800,00	$ 0,00	$ 124.951.288,00	FSR1299 JORGE ANDRES QUIROZ (POLLO & HUEVOS)
		23	116	FCQ-4253018	$ 3.250,00	$ 0,00	$ 124.954.538,00	F. I3G4253018 KOBA COLOMBIA
		24	130	G1-25070099	$ 552.366,00	$ 0,00	$ 125.506.904,00	F. 166P 114494 COLANTA
			130	G1-25070099	$ 777.043,00	$ 0,00	$ 126.283.947,00	F. 166P 114493 COLANTA
			130	G1-25070100	$ 52.842,00	$ 0,00	$ 126.336.789,00	F. 166P 114495 COLANTA
		28	116	FCQ-10904	$ 884.550,00	$ 0,00	$ 127.221.339,00	F. FEPA10904 PROAGRO SR
			116	FCQ-4133	$ 305.800,00	$ 0,00	$ 127.527.139,00	F. PE4133 PANIFICADORA SR
			116	FCQ-56617	$ 41.600,00	$ 0,00	$ 127.568.739,00	F. CHF56617 INDUSTRIAS EL COHOCOLO SR

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
2025	7	29	116	FCQ-7238	$ 712.370,00	$ 0,00	$ 128.281.109,00	F. FE257238 CARNICERIA GIRALDO
			116	FCQ-7243	$ 730.650,00	$ 0,00	$ 129.011.759,00	F. FE257243 CARNICERIA GIRALDO SR
			159	FSR1318	$ 657.600,00	$ 0,00	$ 129.669.359,00	FSR1318 JORGE ANDRES QUIROZ (POLLO & HUEVOS)
		31	116	FCQ-16112642	$ 56.241,00	$ 0,00	$ 129.725.600,00	F. IE161126420 ALMACENES EXITO
			130	G1-25070119	$ 38.425,00	$ 0,00	$ 129.764.025,00	F. GIDB006413 JERONIMO MARTINS
			211	N1-2507017	$ 0,00	$ 712.370,00	$ 129.051.655,00	NC N. FE255005 F. 7238 CARNICERIA GIRALDO
					$ 23.041.029,00	$ 777.494,00	$ 129.051.655,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 23.041.029,00	$ 777.494,00	$ 129.051.655,00	C= Saldo final cuenta 51701101 a 31/07/2025
Cuenta:			**51701102**		**51701102 - ALIMENTACION IVA**		$ 3.032.840,00	C* Saldo inicial cuenta 51701102 a 30/06/2025
2025	7	2	116	FCQ-4056	$ 3.564,00	$ 0,00	$ 3.036.404,00	IVA 5% - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-4056
			116	FCQ-799466	$ 3.665,00	$ 0,00	$ 3.040.069,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-799466
		4	116	FCQ-45726	$ 373.569,00	$ 0,00	$ 3.413.638,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-45726
			116	FCQ-45726	$ 15.454,00	$ 0,00	$ 3.429.092,00	IVA 5% - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-45726
		7	116	FCQ-110657	$ 24.380,00	$ 0,00	$ 3.453.472,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-110657
			116	FCQ-110657	$ 8.655,00	$ 0,00	$ 3.462.127,00	Impuesto comestibles - ICUI - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-110657
			116	FCQ-110661	$ 18.822,00	$ 0,00	$ 3.480.949,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-110661
			116	FCQ-110661	$ 19.813,00	$ 0,00	$ 3.500.762,00	Impuesto comestibles - ICUI - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-110661
		8	116	FCQ-4072	$ 7.920,00	$ 0,00	$ 3.508.682,00	IVA 5% - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-4072
			116	FCQ-45148	$ 5.259,00	$ 0,00	$ 3.513.941,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-45148
			116	FCQ-45818	$ 2.571,00	$ 0,00	$ 3.516.512,00	IVA 5% - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-45818
			130	G1-25070046	$ 6.523,00	$ 0,00	$ 3.523.035,00	Impuesto comestibles - ICUI - G1- COMPROBANTE DE EGRESO QUINDIO: G1-25070046
			130	G1-25070046	$ 33.853,00	$ 0,00	$ 3.556.888,00	IVA como mayor valor - G1- COMPROBANTE DE EGRESO QUINDIO: G1-25070046
		10	211	N1-2507003	$ 0,00	$ 3.256,00	$ 3.553.632,00	NC N. NC1725 F. ARM5726 INVERSIONES LATORRE SR
		14	116	FCQ-4092	$ 3.465,00	$ 0,00	$ 3.557.097,00	IVA 5% - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-4092
		18	130	G1-25070072	$ 14.575,00	$ 0,00	$ 3.571.672,00	Impuesto comestibles - ICUI - G1- COMPROBANTE DE EGRESO QUINDIO: G1-25070072
			130	G1-25070072	$ 38.882,00	$ 0,00	$ 3.610.554,00	IVA como mayor valor - G1- COMPROBANTE DE EGRESO QUINDIO: G1-25070072
			130	G1-25070073	$ 9.295,00	$ 0,00	$ 3.619.849,00	Impuesto comestibles - ICUI - G1- COMPROBANTE DE EGRESO QUINDIO: G1-25070073
			130	G1-25070073	$ 8.830,00	$ 0,00	$ 3.628.679,00	IVA como mayor valor - G1- COMPROBANTE DE EGRESO QUINDIO: G1-25070073
		21	116	FCQ-4114	$ 5.346,00	$ 0,00	$ 3.634.025,00	IVA 5% - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-4114
		24	130	G1-25070099	$ 26.973,00	$ 0,00	$ 3.660.998,00	F. 166P 114494 COLANTA
			130	G1-25070099	$ 10.111,00	$ 0,00	$ 3.671.109,00	F. 166P 114494 COLANTA
			130	G1-25070099	$ 38.882,00	$ 0,00	$ 3.709.991,00	F. 166P 114493 COLANTA
			130	G1-25070099	$ 14.575,00	$ 0,00	$ 3.724.566,00	F. 166P 114493 COLANTA
			130	G1-25070100	$ 10.040,00	$ 0,00	$ 3.734.606,00	F. 166P 114495 COLANTA
			130	G1-25070100	$ 10.568,00	$ 0,00	$ 3.745.174,00	F. 166P 114495 COLANTA
		28	116	FCQ-4133	$ 3.564,00	$ 0,00	$ 3.748.738,00	IVA 5% - FACTURA DE COMPRA QUINDIO:

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
Tel: 3176679751 Calarca Q.

MOVIMIENTO CUENTAS AUXILIARES

Movimiento desde 01/07/2025 hasta 31/07/2025
Incluye cuentas entre 510506 y 539595
Incluye todos los terceros

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
								FCQ-4133
2025	7	31	116	FCQ-16112642	$ 5.169,00	$ 0,00	$ 3.753.907,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-161126420
			130	G1-25070119	$ 3.505,00	$ 0,00	$ 3.757.412,00	F. GIDB006413 JERONIMO MARTINS
					$ 727.828,00	$ 3.256,00	$ 3.757.412,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 727.828,00	$ 3.256,00	$ 3.757.412,00	C= Saldo final cuenta 51701102 a 31/07/2025
Cuenta:			**51701203**		**51701203 - RUBRO 112 -**		$ 2.905.868,00	C* Saldo inicial cuenta 51701203 a 30/06/2025
2025	7	31	159	FSR1323	$ 98.457,00	$ 0,00	$ 3.004.325,00	FSR1323 ADRIANA ANGARITA OSCAR FELIPE
			159	FSR1324	$ 78.000,00	$ 0,00	$ 3.082.325,00	FSR1324 YOLIGMA ROMERO OSCAR FELIPE
			159	FSR1325	$ 203.414,00	$ 0,00	$ 3.285.739,00	FSR1325 YOLIGMA ROMERO ANGIE MARCELA
			159	FSR1326	$ 117.957,00	$ 0,00	$ 3.403.696,00	FSR1326 YOLIGMA ROMERO LAURA SOFIA
					$ 497.828,00	$ 0,00	$ 3.403.696,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 497.828,00	$ 0,00	$ 3.403.696,00	C= Saldo final cuenta 51701203 a 31/07/2025
Cuenta:			**51701301**		**51701301 - EDUCACION BASE**		$ 3.342.188,00	C* Saldo inicial cuenta 51701301 a 30/06/2025
2025	7	25	159	FSR1316	$ 3.000,00	$ 0,00	$ 3.345.188,00	FSR1316 ISABELLA GARCIA MORALES
		31	159	FSR1331	$ 13.300,00	$ 0,00	$ 3.358.488,00	FSR1331 JORGE ELIECER
					$ 16.300,00	$ 0,00	$ 3.358.488,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 16.300,00	$ 0,00	$ 3.358.488,00	C= Saldo final cuenta 51701301 a 31/07/2025
Cuenta:			**51701401**		**51701401 - DOTACION PERSONAL BAS**		$ 41.393.013,00	C* Saldo inicial cuenta 51701401 a 30/06/2025
2025	7	15	159	FSR1293	$ 10.675.400,00	$ 0,00	$ 52.068.413,00	COMPRA DOTACION SEDE SAN RAFAEL
					$ 10.675.400,00	$ 0,00	$ 52.068.413,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 10.675.400,00	$ 0,00	$ 52.068.413,00	C= Saldo final cuenta 51701401 a 31/07/2025
Cuenta:			**51701501**		**51701501 - DOTACION DE ASEO E**		$ 5.221.226,00	C* Saldo inicial cuenta 51701501 a 30/06/2025
2025	7	4	116	FCQ-45727	$ 11.756,00	$ 0,00	$ 5.232.982,00	F. ARM45727 INVERSIONES LAORRE SR
		5	116	FCQ-1426	$ 1.710.924,00	$ 0,00	$ 6.943.906,00	F. FE1426 HERMANAS OSSA SR
		8	116	FCQ-45818	$ 146.874,00	$ 0,00	$ 7.090.780,00	F. ARM 45818 INVERSIONES LATORRE SR
					$ 1.869.554,00	$ 0,00	$ 7.090.780,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 1.869.554,00	$ 0,00	$ 7.090.780,00	C= Saldo final cuenta 51701501 a 31/07/2025
Cuenta:			**51701502**		**51701502 - DOTACION DE ASEO E**		$ 902.718,00	C* Saldo inicial cuenta 51701502 a 30/06/2025
2025	7	4	116	FCQ-45727	$ 2.234,00	$ 0,00	$ 904.952,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-45727
		5	116	FCQ-1426	$ 315.576,00	$ 0,00	$ 1.220.528,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-1426
		8	116	FCQ-45818	$ 27.906,00	$ 0,00	$ 1.248.434,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-45818
					$ 345.716,00	$ 0,00	$ 1.248.434,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 345.716,00	$ 0,00	$ 1.248.434,00	C= Saldo final cuenta 51701502 a 31/07/2025
Cuenta:			**51701601**		**51701601 - RECREACION BASE**		$ 2.909.946,00	C* Saldo inicial cuenta 51701601 a 30/06/2025
2025	7	30	159	FSR1319	$ 450.000,00	$ 0,00	$ 3.359.946,00	FSR1319 ALEXANDER PERDOMO
		31	116	FCQ-1238	$ 100.000,00	$ 0,00	$ 3.459.946,00	F. FE1238 MARCO ANTONIO CUMPLEAÑOS
			116	FCQ-142606	$ 38.698,00	$ 0,00	$ 3.498.644,00	F. I3G0142606 KOBA COLOMBIA
			116	FCQ-1591	$ 55.000,00	$ 0,00	$ 3.553.644,00	F. FPOS1591 JUAN CARLOS CUMPELAÑOS
			116	FCQ-2870	$ 50.336,00	$ 0,00	$ 3.603.980,00	F. FE2870 MARIO GARZON CUMPLEAÑOS
			116	FCQ-34776525	$ 86.421,00	$ 0,00	$ 3.690.401,00	F. 34776525 STOP CUMPLEAÑOS
			116	FCQ-5414	$ 75.546,00	$ 0,00	$ 3.765.947,00	F. FABC5414 FELIPE ANTONIO
			159	FSR1322	$ 1.500.000,00	$ 0,00	$ 5.265.947,00	FSR1322 JAVIER ALEJANDRO (PASEO)
					$ 2.356.001,00	$ 0,00	$ 5.265.947,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 2.356.001,00	$ 0,00	$ 5.265.947,00	C= Saldo final cuenta 51701601 a 31/07/2025
Cuenta:			**51701602**		**51701602 - RECREACION IVA**		$ 114.365,00	C* Saldo inicial cuenta 51701602 a 30/06/2025

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
2025	7	31	116	FCQ-142606	$ 7.002,00	$ 0,00	$ 121.367,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-142606
			116	FCQ-2870	$ 9.564,00	$ 0,00	$ 130.931,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-2870
			116	FCQ-34776525	$ 16.420,00	$ 0,00	$ 147.351,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-34776525
			116	FCQ-5414	$ 14.354,00	$ 0,00	$ 161.705,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-5414
					$ 47.340,00	$ 0,00	$ 161.705,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 47.340,00	$ 0,00	$ 161.705,00	C= Saldo final cuenta 51701602 a 31/07/2025
Cuenta:			**51701801**		**51701801 - TRANSPORTE NNA BASE**		$ 15.574.000,00	C* Saldo inicial cuenta 51701801 a 30/06/2025
2025	7	14	159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.608.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.642.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.676.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.710.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.744.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.778.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.812.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.846.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.880.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.914.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.948.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 15.982.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.016.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.050.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.084.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.118.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.152.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.186.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.220.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.254.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.288.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.322.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.356.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.390.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.424.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.458.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.492.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.526.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.560.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.594.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.628.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.662.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.696.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1292	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.730.000,00	FSR1292 TRANSPORTE USUARIOS
		31	159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.764.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.798.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.832.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.866.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.900.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.934.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 16.968.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.002.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.036.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.070.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
Tel: 3176679751 Calarca Q.

MOVIMIENTO CUENTAS AUXILIARES

Movimiento desde 01/07/2025 hasta 31/07/2025
Incluye cuentas entre 510506 y 539595
Incluye todos los terceros

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
2025	7	31	159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.104.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.138.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.172.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.206.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.240.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.274.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.308.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.342.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.376.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.410.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.444.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.478.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.512.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.546.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.580.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.614.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.648.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.682.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.716.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.750.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.784.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.818.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.852.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.886.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1321	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.920.000,00	FSR1321 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1330	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.954.000,00	FSR1330 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1330	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 17.988.000,00	FSR1330 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1330	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 18.022.000,00	FSR1330 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1330	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 18.056.000,00	FSR1330 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1330	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 18.090.000,00	FSR1330 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1330	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 18.124.000,00	FSR1330 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1330	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 18.158.000,00	FSR1330 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1330	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 18.192.000,00	FSR1330 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1330	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 18.226.000,00	FSR1330 TRANSPORTE USUARIOS
			159	FSR1330	$ 34.000,00	$ 0,00	$ 18.260.000,00	FSR1330 TRANSPORTE USUARIOS
					$ 2.686.000,00	$ 0,00	$ 18.260.000,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 2.686.000,00	$ 0,00	$ 18.260.000,00	C= Saldo final cuenta 51701801 a 31/07/2025
Cuenta:			**51701803**		**51701803 - TRANSPORTE NNA SDS**		$ 454.000,00	C* Saldo inicial cuenta 51701803 a 30/06/2025
2025	7	16	130	G1-25070067	$ 17.400,00	$ 0,00	$ 471.400,00	TRANPORTE BENEFICIARIOS CLASES
			130	G1-25070067	$ 17.400,00	$ 0,00	$ 488.800,00	TRANPORTE BENEFICIARIOS CLASES
			130	G1-25070067	$ 17.400,00	$ 0,00	$ 506.200,00	TRANPORTE BENEFICIARIOS CLASES
		31	130	G1-25070114	$ 17.400,00	$ 0,00	$ 523.600,00	TRANPORTE BENEFICIARIOS CLASES
			130	G1-25070114	$ 17.400,00	$ 0,00	$ 541.000,00	TRANPORTE BENEFICIARIOS CLASES
			130	G1-25070114	$ 29.000,00	$ 0,00	$ 570.000,00	TRANPORTE BENEFICIARIOS CLASES
			130	G1-25070114	$ 29.000,00	$ 0,00	$ 599.000,00	TRANPORTE BENEFICIARIOS CLASES
					$ 145.000,00	$ 0,00	$ 599.000,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 145.000,00	$ 0,00	$ 599.000,00	C= Saldo final cuenta 51701803 a 31/07/2025
Cuenta:			**51952401**		**51952401 - ELEMENTOS ASEO SEDE Y**		$ 6.463.355,00	C* Saldo inicial cuenta 51952401 a 30/06/2025
2025	7	2	116	FCQ-23882	$ 785.882,00	$ 0,00	$ 7.249.237,00	F. BOFE23882 CESAR YOVANNY SR
			116	FCQ-799466	$ 11.302,00	$ 0,00	$ 7.260.539,00	F. K1U799466 KOBA COLOMBIA
		4	116	FCQ-1115432	$ 60.381,00	$ 0,00	$ 7.320.920,00	F. IE171115432 ALMACENES EXITO
			116	FCQ-45727	$ 149.605,00	$ 0,00	$ 7.470.525,00	F. ARM45727 INVERSIONES LAORRE SR
		7	116	FCQ-23967	$ 74.118,00	$ 0,00	$ 7.544.643,00	F. BOFE23967 CESAR YOVANY SR

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
2025	7	9	116	FCQ-18777	$ 83.311,00	$ 0,00	$ 7.627.954,00	F. CKS000018777 SUPERTIENDAS OLIMPICA
		25	159	FSR1317	$ 2.000,00	$ 0,00	$ 7.629.954,00	FSR1317 SANDRA PATRICIA
		31	116	FCQ-196686	$ 96.118,00	$ 0,00	$ 7.726.072,00	F. 05RI000196686 SUPERTIENDAS OLIMPICAS
					$ 1.262.717,00	$ 0,00	$ 7.726.072,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 1.262.717,00	$ 0,00	$ 7.726.072,00	C= Saldo final cuenta 51952401 a 31/07/2025
Cuenta:				**51952402**	**51952402 - ELEMENTOS ASEO SEDE Y**		$ 1.215.554,00	C* Saldo inicial cuenta 51952402 a 30/06/2025
2025	7	2	116	FCQ-23882	$ 149.316,00	$ 0,00	$ 1.364.870,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-23882
				FCQ-799466	$ 2.147,00	$ 0,00	$ 1.367.017,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-799466
		4	116	FCQ-1115432	$ 8.499,00	$ 0,00	$ 1.375.516,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-1115432
				FCQ-45727	$ 28.425,00	$ 0,00	$ 1.403.941,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-45727
		7	116	FCQ-23967	$ 14.082,00	$ 0,00	$ 1.418.023,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-23967
		9	116	FCQ-18777	$ 15.829,00	$ 0,00	$ 1.433.852,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-18777
		31	116	FCQ-196686	$ 18.262,00	$ 0,00	$ 1.452.114,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-196686
					$ 236.560,00	$ 0,00	$ 1.452.114,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 236.560,00	$ 0,00	$ 1.452.114,00	C= Saldo final cuenta 51952402 a 31/07/2025
Cuenta:				**51952901**	**51952901 - UTILES,PAPELERIA Y**		$ 903.282,00	C* Saldo inicial cuenta 51952901 a 30/06/2025
2025	7	10	116	FCQ-76332	$ 201.250,00	$ 0,00	$ 1.104.532,00	F. SEAR76332 CEMPAC SR
		15	116	FCQ-3817	$ 157.000,00	$ 0,00	$ 1.261.532,00	F. FET3817 JHON ROBINSON
		16	159	FSR1295	$ 5.000,00	$ 0,00	$ 1.266.532,00	FSR1295 362 SANTIAGO LOPEZ
		18	116	FCQ-2507	$ 30.000,00	$ 0,00	$ 1.296.532,00	F. FE2507 MARIANA GUADALUPE
				FCQ-33948	$ 5.882,00	$ 0,00	$ 1.302.414,00	F.POS33948 LUIS FERNANDO
		21	116	FCQ-4174	$ 8.908,00	$ 0,00	$ 1.311.322,00	F. PA4174 LUIS FERNANDO VARGAS
		31	130	G1-25070114	$ 72.450,00	$ 0,00	$ 1.383.772,00	F.10682854
				G1-25070114	$ 62.900,00	$ 0,00	$ 1.446.672,00	F.10682855
					$ 543.390,00	$ 0,00	$ 1.446.672,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 543.390,00	$ 0,00	$ 1.446.672,00	C= Saldo final cuenta 51952901 a 31/07/2025
Cuenta:				**51952902**	**51952902 - UTILES,PAPELERIA Y**		$ 167.025,00	C* Saldo inicial cuenta 51952902 a 30/06/2025
2025	7	10	116	FCQ-76332	$ 37.289,00	$ 0,00	$ 204.314,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-76332
		18	116	FCQ-33948	$ 1.118,00	$ 0,00	$ 205.432,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-33948
		21	116	FCQ-4174	$ 1.692,00	$ 0,00	$ 207.124,00	IVA como mayor valor - FACTURA DE COMPRA QUINDIO: FCQ-4174
					$ 40.099,00	$ 0,00	$ 207.124,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 40.099,00	$ 0,00	$ 207.124,00	C= Saldo final cuenta 51952902 a 31/07/2025
Cuenta:				**51953601**	**51953601 - COMBUSTIBLES Y**		$ 265.854,00	C* Saldo inicial cuenta 51953601 a 30/06/2025
2025	7	25	116	FCQ-252034	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 325.854,00	F. FE252034 CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES
		30	116	FCQ-257567	$ 95.000,00	$ 0,00	$ 420.854,00	F. FE257567 CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES
		31	130	G1-25070119	$ 43.002,00	$ 0,00	$ 463.856,00	F. K384 133707 CONSTRUCCIONES
					$ 198.002,00	$ 0,00	$ 463.856,00	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 198.002,00	$ 0,00	$ 463.856,00	C= Saldo final cuenta 51953601 a 31/07/2025
Cuenta:				**519545**	**519545 - Taxis y buses**		$ 1.257.600,00	C* Saldo inicial cuenta 519545 a 30/06/2025
2025	7	31	159	FSR1327	$ 70.800,00	$ 0,00	$ 1.328.400,00	FSR1327 GESTIONES EDUCATIVAS
			159	FSR1328	$ 70.800,00	$ 0,00	$ 1.399.200,00	FSR1328 GESTIONES SALUD

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
Tel: 3176679751 Calarca Q.

MOVIMIENTO CUENTAS AUXILIARES

Movimiento desde 01/07/2025 hasta 31/07/2025
Incluye cuentas entre 510506 y 539595
Incluye todos los terceros

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo		Descripción
2025	7	31	159	FSR1329	$ 20.000,00	$ 0,00	$ 1.419.200,00		FSR1329 GESTIONES ADMINISTRATIVAS
					$ 161.600,00	$ 0,00	$ 1.419.200,00	T=	Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 161.600,00	$ 0,00	$ 1.419.200,00	C=	Saldo final cuenta 519545 a 31/07/2025
Cuenta:				**530515**	**530515 - Comisiones**		$ 0,00	C*	Saldo inicial cuenta 530515 a 30/06/2025
2025	7	31	163	FSA329	$ 112.918,38	$ 0,00	$ 112.918,38		FSA329 GASTOS BANCARIOS BANCOOMEVA 3401
					$ 112.918,38	$ 0,00	$ 112.918,38	T=	Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 112.918,38	$ 0,00	$ 112.918,38	C=	Saldo final cuenta 530515 a 31/07/2025
Cuenta:				**53159501**	**53159501 - GMF IMPUESTO 4*1000**		$ 2.274.890,23	C*	Saldo inicial cuenta 53159501 a 30/06/2025
2025	7	31	163	FSA329	$ 302.839,00	$ 0,00	$ 2.577.729,23		FSA329 GASTOS BANCARIOS BANCOOMEVA 3401
					$ 302.839,00	$ 0,00	$ 2.577.729,23	T=	Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 302.839,00	$ 0,00	$ 2.577.729,23	C=	Saldo final cuenta 53159501 a 31/07/2025
					$ 108.628.080,38	**$ 780.750,00**	**$ 671.266.929,61**		**Total de mov. entre 01/07/2025 y 31/07/2025**

170

DIAN

Declaración retenciones en la fuente

PRIVADA

350

1. Año: 2025 | 3. Período: 6

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 3510641868640

(415)7707212489994(8020) 000351064186864 0

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 0 0 0 3 4 6 9 4	1				

11. Razón social: FUNDACION FARO

12. Cód. Dirección seccional: 1

Si es una corrección indique: 25. Cód. | 26. No. Formulario anterior | 27. Autorretenedores Personas Jurídicas exoneradas de aportes (Art. 114-1 E.T.), Actividad económica principal | 28. Tarifa

Concepto	A personas jurídicas: Base sujeta a retención para pagos o abonos en cuenta		A personas jurídicas: Retenciones a título de renta		A personas naturales: Base sujeta a retención para pagos o abonos en cuenta		A personas naturales: Retenciones a título de renta	
Rentas de trabajo					77	398,000	93	76,000
Rentas de pensiones					78	0	94	0
Honorarios	29	0	42	0	79	0	95	0
Comisiones	30	0	43	0	80	643,000	96	71,000
Servicios	31	756,000	44	26,000	81	20,040,000	97	668,000
Rendimientos financieros e intereses	32	0	45	0	82	0	98	0
Arrendamientos (Muebles e inmuebles)	33	4,129,000	46	145,000	83	0	99	0
Regalías y explotación de la propiedad intelectual	34	0	47	0	84	0	100	0
Dividendos y participaciones	35	0	48	0	85	0	101	0
Compras	36	23,931,000	49	515,000	86	65,861,000	102	1,909,000
Transacciones con tarjetas débito y crédito	37	0	50	0	87	0	103	0
Contratos de construcción	38	0	51	0	88	0	104	0
Enajenación de activos fijos de per. naturales ante notarios y autoridades de tránsito					89	0	105	0
Loterías, rifas, apuestas y similares	39	0	52	0	90	0	106	0
Hidrocarburos, carbón y demás productos mineros	40	0	53	0	91	0	107	0
Otros pagos sujetos a retención	41	0	54	0	92	0	108	0
Pagos al exterior: Pagos o abonos en cuenta al exterior a países sin convenio	55	0	57	0	109	0	111	0
Pagos al exterior: Pagos o abonos en cuenta al exterior a países con convenio vigente	56	0	58	0	110	0	112	0
Autorretenciones: Contribuyentes exonerados de aportes (art. 114-1 E.T.)	59	0	68	0				
Autorretenciones: Ventas	60	0	69	0	113	0	121	0
Autorretenciones: Honorarios	61	0	70	0	114	0	122	0
Autorretenciones: Comisiones	62	0	71	0	115	0	123	0
Autorretenciones: Servicios	63	0	72	0	116	0	124	0
Autorretenciones: Rendimientos financieros	64	0	73	0	117	0	125	0
Autorretenciones: Pagos men. provisionales de car vol (hidrocarburos y demás prod mineros)	65	0	74	0	118	0	126	0
Autorretenciones: Exportación de hidrocarburos, carbón y demás productos mineros	66	0	75	0	119	0	127	0
Autorretenciones: Otros conceptos	67	0	76	0	120	0	128	0
Menos retenciones practicadas en exceso o indebidas o por operaciones anuladas, rescindidas o resueltas							129	0
Total retenciones renta y complementario							130	3,410,000

Retenciones practicadas por otros impuestos

A título de IVA: A responsables del impuesto sobre las ventas	131	0
A título de IVA: Practicadas por servicios a no residentes o no domiciliados	132	0
A título de IVA: Menos retenciones practicadas en exceso o indebidas o por operaciones anuladas, rescindidas o resueltas	133	0
A título de IVA: **Total retenciones IVA**	134	0
Retenciones impuesto timbre nacional	135	0
Total: **Total retenciones**	136	3,410,000
Total: Sanciones	137	0
Total: **Total retenciones más sanciones**	138	3,410,000

139. No. Identificación signatario | 140. DV

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

982. Código Contador o Revisor Fiscal

Firma Contador o Revisor Fiscal | 984. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espa... de l... sello

2025-07-14 / 02:43:27 PM

Fecha Actual de Recibo: 2 0 2 7

980. Pago total $: 0

91900309301027

2025195937408 8

Firmado

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Pago PSE

28 Jul 2025 08:43
NIT: 800034694
Usuario: MARIANA RAMIREZ MUÑOZ

Pago exitoso
CUS 1657686074

Comercio
DIAN - PSE

Referencia 1
06-800034694

Fecha
28 Jul 2025 08:43

Referencia 2
Retencion a Titulo de Renta

Número de factura
4910955889379

Referencia 3
2025/07/28

Descripción del pago
A O 2025 PERIODO 6

Valor del Pago
$3,440,000

Número de comprobante
4910955889379

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
**** 3988

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

16

PROGRAMA

SEDE SAN RAFAEL

RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS

INTERNADO NIÑOS, NIÑAS O ADOLECENTES DE 10 A 18 AÑOS CON DERECHOS AMENAZADOS Y/O VULNERADOS CON CONSUMO POBLEMATICOSE SUSTACIAS PSICOACTIVAS

CONTRATO 198 CUPOS CONTRATADOS: 49

AREAS	Personal	Modalidad Internado - Restablecimiento de derechos.	NOMBRE	CEDULA	Horas Semanales	Cupos Atendidos
ADMINISTRATIVO	Coordinador	TC x 100	GLORIA ESPERANZA GRANADA	24.603.481	48	49
	Auxiliar administrativo	TC x Unidad	NICOLAS GOMEZ OROZCO	1.094.924.132	48	49
PROFESIONAL Y DE FORMACION	Psicólogo	TC x 50	JUAN DAVID FRANCO ROMERO	1.094.924.132	48	49
	Trabajador Social o profesional en Desarrollo Familiar.	TC x 50	ESTEFANIA ACEVEDO VELEZ	1.094.953.952	48	49
	Nutricionista dietista	MT x 50	JENIFFER GIOVANA MAZUERA URREA	1.128.415.195	48	49
	Gestor de Caso	TC x 50	MARTHA ISABELGONZALEZ ZAPATA	1.094.956.573	48	49
	Profesional de área	TC x 50	YESICA ALEJANDRA GARCIA	1.094.948.882	48	49
	Instructor de Taller	MT x 50	SALOME USMA LOPEZ	1.092.852.199	4	49
			LUIS CARLOS TABARES HERNANDEZ	7.544.855	4	49
			MARIA ELENA GIL BEDOYA	1.088.237.510	5	49
			JONATHAN SOTO OSORIO	1.094.914.314	11	49
	Auxiliar de Enfermería	TC x 50	PAOLA ANDREA OSORIO OSPINA	1.094.898.220	48	49
	Formador Diurno	TC x 50	GERMAN ALEJANDRO TORRES HERNANDEZ	1.055.710.299	48	49
			LUZ PIEDAD ALADINO ALADINO	24.809.663	48	49
			EIMY CAMILA RIOS MAINGUEZ	1.007.180.494	48	49
	Formador Nocturno	2 TC X 50	NARDA MARIA REY ZAPATA	52.223.740	48	49
			JAVIER DE JESUS HOYOS LONDOÑO	70.515.278	48	49
			MAURICIO MANJARRES	9.731.745	48	49
			SEBASTIAN MUÑOZ FRANCO	1.094.944.909	48	49
SERVICIOS	Servicios Generales	TC X cada 50	LUZ DILIA LADINO LADINO	41.899.583	48	49
	Cocinero	TC X cada 50	GLORIA INES GAMES CARDONA	41.922.721	48	49
			AMINTA CARDENAS CASTRO	29.331.756	48	49

FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO

NIT 800.034.694-1

CONCILIACION BANCARIA

MES DE CONCILIACION JUIO 2025

BANCO	BANCOOMEVA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
NUMERO DE LA CUENTA	60104643401

SALDO EN LIBROS	34.524.093,62
MAS (valores que disminuyeron el saldo en libros y no aparecen en el extracto)	-

CHEQUES GIRADOS Y NO COBRADOS -

FECHA	NUMERO	BENEFICIARIO/DETALLE	VALOR

VALORES DESCONTADOS EN LIBROS NO DESCONTADOS EN EXTRACTO -

NOTAS CREDITO NO CONTABILIZADAS -

MENOS (CIFRAS QUE AUMENTARON EL SALDO EN LIBROS Y NO APARECE EN EXTRACT -

CONSIGNACIONES EN TRANSITO -

NOTAS DEBITO DESCONTADAS POR EL BANCO -

VALORES SUMADOS EN LIBROS QUE NO APARECEN EN EXTRACTO -

RESULTADO DE LAS OPERACIONES PLANTEADAS	34.524.093,62
SALDO EN EXTRACTO	34.524.093,62
DIFERENCIA	-

ELABORO

REVISO

APROBO

Bancoomeva

Extracto Inteligente

Nombre : FUNDACION FAMILIAR PRO REHA 2025/08/08
Identificación: 800034694
Número de Cuenta: 060104643401
Saldo: 34.524.093,62

Fecha	Agencia	Transaccion	Comprobante	Valor	Tipo	Saldo
250716	0015	ACH Nota credito	800034694	110598684.00	C	110598684.00
250717	0601	Nota debito retefuente	11319083188001	216.79	D	110598467.21
250717	0601	Pago intereses depo	11319083188001	3097.00	C	110601564.21
250717	0030	Nota Debito	46434	21049.00	D	110580515.21
250717	0030	GMF Impuesto al Retiro	46434	84.00	D	110580431.21
250717	0030	Nota Debito	46434	3999.31	D	110576431.90
250717	0030	GMF Impuesto al Retiro	46434	16.00	D	110576415.90
250718	0601	Nota debito retefuente	11319083188001	216.72	D	110576199.18
250718	0601	Pago intereses depositos disponibles	11319083188001	3080.00	C	110579285.18
250718	0003	Nota Debito	7476254	1758.14	D	110577527.04
250718	0003	Nota Débito x Comision	7476254	9300.00	D	110568221.04
250718	0003	GMF Impuesto al Retiro	7476254	37.00	D	110568184.04
250718	0003	GMF Impuesto al Retiro	7476254	5680.00	D	110562504.04
250718	0003	Transf. ACH Nota Débito	7476254	1419950.00	D	109142554.04
250718	0003	Nota Debito	14748407	1758.14	D	109140785.90
250718	0003	Nota Débito x Comision	14748407	9306.00	D	109131479.90
250718	0003	GMF Impuesto al Retiro	14748407	37.00	D	109131442.90
250718	0003	GMF Impuesto al Retiro	14748407	2941.00	D	109128501.90
250718	0003	Transf. ACH Nota Débito	14748407	735240.00	D	108393261.90
250718	0003	Nota Debito	70145205	1758.14	D	108391493.76
250718	0003	Nota Débito x Comision	70145205	9306.00	D	108382187.76
250718	0003	GMF Impuesto al Retiro	70145205	37.00	D	108382150.76
250718	0003	GMF Impuesto al Retiro	70145205	41634.00	D	108340516.76
250718	0003	Transf. ACH Nota Débito	70145205	10408515.00	D	97932001.76
250718	0003	Nota Debito	98722952	1758.14	D	97930233.62
250718	0003	Nota Débito x Comision	98722952	9306.00	D	97920927.62
250718	0003	GMF Impuesto al Ret	98722952	37.00	D	97920890.62
250718	0003	GMF Impuesto al Retiro	98722952	7604.00	D	97913286.62
250718	0003	Transf. ACH Nota Débito	98722952	1900880.00	D	96012406.62
250721	0601	Pago intereses depositos disponibles	11319083188001	5569.00	C	96017975.62
250721	0003	GMF Impuesto al Retiro	1644029976	1591.00	D	96016384.62
250721	0003	PSE Nota Débito Efigas Gas Natural SA ESP	1644029976	397851.00	D	95618533.62
250722	0601	Pago intereses depositos disponibles	11319083188001	1817.00	C	95620350.62
250722	0003	Nota Debito	19493119	2090.00	D	95618260.62
250722	0003	Nota Débito x Comision	19493119	11000.00	D	95607260.62
250722	0003	GMF Impuesto al Retiro	19493119	44.00	D	95607216.62
250722	0003	GMF Impuesto al Retiro	19493119	32984.00	D	95574232.62
250722	0003	Transf. ACH Nota Débito	19493119	8246000.00	D	87328232.62
250723	0601	Pago intereses depo	11319083188001	1659.00	C	87329891.62
250723	0003	Nota Debito	48224563	2090.00	D	87327801.62
250723	0003	Nota Débito x Comision	48224563	11000.00	D	87316801.62
250723	0003	GMF Impuesto al Retiro	48224563	44.00	D	87316757.62
250723	0003	GMF Impuesto al Retiro	48224563	480.00	D	87316277.62
250723	0003	Transf. ACH Nota Débito	48224563	120000.00	D	87196277.62
250724	0601	Pago intereses depositos disponibles	11319083188001	1657.00	C	87197934.62
250725	0601	Pago intereses depositos disponibles	11319083188001	1657.00	C	87199591.62
250725	0003	Transf. ACH Nota Débito	93293656	612500.00	D	86587091.62
250725	0003	Nota Débito x Comision	93293656	11000.00	D	86576091.62
250725	0003	GMF Impuesto al Retiro	93293656	44.00	D	86576047.62
250725	0003	GMF Impuesto al Retiro	93293656	2450.00	D	86573597.62
250725	0003	Nota Debito	93293656	2090.00	D	86571507.62
250728	0601	Pago intereses depositos disponibles	11319083188001	5021.00	C	86576528.62
250728	0003	Transf. ACH Nota Débito	66159	320000.00	D	86256528.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	66159	1280.00	D	86255248.62

Bancoomeva

Extracto Inteligente

Nombre : FUNDACION FAMILIAR PRO REHA 2025/08/08

Identificación: 800034694

Número de Cuenta: 060104643401

Saldo: 34.524.093,62

Fecha	Agencia	Transacción	Comprobante	Valor	Tipo	Saldo
250728	0003	Transf. ACH Nota Débito	30322583	4093990.00	D	82161258.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	30322583	16376.00	D	82144882.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	98582259	10773.00	D	82134159.62
250728	0003	Transf. ACH Nota Débito	98582259	2680694.00	D	79453465.62
250728	0003	Transf. ACH Nota Débito	38087512	1001898.00	D	78451567.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	38087512	4008.00	D	78447559.62
250728	0003	Transf. ACH Nota Débito	72483276	1003671.00	D	77443888.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	72483276	4015.00	D	77439873.62
250728	0003	ND Transf. Propia	17452861	375000.00	D	77064873.62
250728	0003	Nota Debito	17452861	570.00	D	77064303.62
250728	0003	Nota Débito x Comision	17452861	3000.00	D	77061303.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	17452861	12.00	D	77061291.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	17452861	1500.00	D	77059791.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	33258335	322.00	D	77059469.62
250728	0003	Transf. ACH Nota Débito	33258335	80600.00	D	76978869.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	40021033	17640.00	D	76961229.62
250728	0003	Transf. ACH Nota Débito	40021033	4409914.00	D	72551315.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	22687016	800.00	D	72550515.62
250728	0003	Transf. ACH Nota Débito	22687016	200000.00	D	72350515.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	79112890	800.00	D	72349715.62
250728	0003	Transf. ACH Nota Dé	79112890	200000.00	D	72149715.62
250728	0003	GMF Impuesto al Retiro	4021326	2630.00	D	72147085.62
250728	0003	Transf. ACH Nota Débito	4021326	657458.00	D	71489627.62
250729	0601	Pago intereses depositos disponibles	11319083188001	1358.00	C	71490985.62
250729	0003	GMF Impuesto al Retiro	74520180	12634.00	D	71478351.62
250729	0003	Transf. ACH Nota Débito	74520180	3155906.00	D	68322455.62
250729	0003	Transf. ACH Nota Débito	69793047	1856000.00	D	66466455.62
250729	0003	GMF Impuesto al Retiro	69793047	7424.00	D	66459031.62
250729	0003	GMF Impuesto al Retiro	93377916	6266.00	D	66452765.62
250729	0003	Transf. ACH Nota Débito	93377916	1566560.00	D	64886205.62
250729	0003	GMF Impuesto al Retiro	34262285	10377.00	D	64875828.62
250729	0003	Transf. ACH Nota Débito	34262285	2594141.00	D	62281687.62
250729	0003	Transf. ACH Nota Dé	3571976	1509620.00	D	60772067.62
250729	0003	GMF Impuesto al Retiro	3571976	6038.00	D	60766029.62
250729	0003	GMF Impuesto al Retiro	60400757	7117.00	D	60758912.62
250729	0003	Transf. ACH Nota Débito	60400757	1779284.00	D	58979628.62
250729	0003	GMF Impuesto al Retiro	51177552	2208.00	D	58977420.62
250730	0601	Pago intereses depositos disponibles	11319083188001	551978.00	D	58425442.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	2066935	1110.00	C	58426552.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Débito	2066935	11800.00	D	58414752.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	94140190	2950000.00	D	55464752.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Débito	94140190	10400.00	D	55454352.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	75836783	2600000.00	D	52854352.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Dé	75836783	1200.00	D	52853152.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Débito	36001059	300000.00	D	52553152.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	36001059	215000.00	D	52338152.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	15154642	860.00	D	52337292.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Débito	15154642	9880.00	D	52327412.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	90688916	2470000.00	D	49857412.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Débito	90688916	9880.00	D	49847532.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	12484806	2470000.00	D	47377532.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Débito	12484806	9880.00	D	47367652.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	45373649	2470000.00	D	44897652.62
				9880.00	D	44887772.62

175

42

Bancoomeva

Extracto Inteligente

Nombre : FUNDACION FAMILIAR PRO REHA 2025/08/08
Identificación: 800034694
Número de Cuenta: 060104643401
Saldo: 34.524.093,62

Fecha	Agencia	Transacción	Comprobante	Valor	Tipo	Saldo
250730	0003	Transf. ACH Nota Débito	45373649	2470000.00	D	42417772.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	34441199	9880.00	D	42407892.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Dé	34441199	2470000.00	D	39937892.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	30068811	9880.00	D	39928012.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Débito	30068811	2470000.00	D	37458012.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	667258	1800.00	D	37456212.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Débito	667258	450000.00	D	37006212.62
250730	0003	GMF Impuesto al Retiro	32166643	4945.00	D	37001267.62
250730	0003	Transf. ACH Nota Débito	32166643	1236143.00	D	35765124.62
250731	0601	Pago Intereses depositos disponibles	11319083188001	1359.00	C	35766483.62
250731	0003	GMF Impuesto al Retiro	80141933	1400.00	D	35765083.62
250731	0003	Transf. ACH Nota Débito	80141933	349940.00	D	35415143.62
250731	0003	Transf. ACH Nota Débito	97370499	887500.00	D	34527643.62
250731	0003	GMF Impuesto al Retiro	97370499	3550.00	D	34524093.62

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1

Tel: 3176679751 Calarca Q

MOVIMIENTO CUENTAS AUXILIARES

Movimiento desde 01/07/2025 hasta 31/07/2025
Incluye cuentas entre 11200548 y 11200548
Incluye todos los terceros

AA	MM	DD	TD	Documento	Débitos	Créditos	Saldo	Descripción
C. Costos:				CC NO DEFINIDO				
Cuenta:				11200548	11200548 - BANCOOMEVA 060104643401		$ 0,00	C* Saldo inicial cuenta 11200548 a 30/06/2025
2025	7	18	130G1-25070074		$ 0,00	$ 735.240,00	-$ 735.240,00	Pago a: 1094977840 - NICOLAS GOMEZ OROZCO con T.Banc.
			130G1-25070075		$ 0,00	$ 1.900.880,00	-$ 2.636.120,00	Pago a: 16138516 - JORGE ANDRES QUIROZ HENAO con T.Banc.
		21	130G1-25070078		$ 0,00	$ 397.851,00	-$ 3.033.971,00	Pago a: 800202395 - EFIGAS GAS NATURAL S.A. E.S.P. con T.Banc.
			24CR1-0001631		$ 110.598.684,00	$ 0,00	$ 107.564.713,00	Pago de: 899999239/QUINDIO - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF con T.Banc.
		22	130G1-25070085		$ 0,00	$ 8.246.000,00	$ 99.318.713,00	Pago a: 890905980 - PIA SOCIEDAD SALECIANA INSPECTORIA SAN LUIS BELTRAN con T.Banc.
		23	130G1-25070087		$ 0,00	$ 120.000,00	$ 99.198.713,00	Pago a: 7549274 - JOHN JAIRO SERNA CASTAÑO con T.Banc.
			130G1-25070088		$ 0,00	$ 4.409.914,00	$ 94.788.799,00	Pago a: 900183522 - INVERSIONES LATORRE JARAMILLO S.A. con T.Banc.
			130G1-25070089		$ 0,00	$ 80.600,00	$ 94.708.199,00	Pago a: 900926762 - INDUSTRIAS DE ALIMENTOS EL CHOCLO S.A.S. con T.Banc.
			130G1-25070090		$ 0,00	$ 375.000,00	$ 94.333.199,00	Pago a: 901172211 - QUINDIPLAGAS EJE CAFETERO S.A.S con T.Banc.
			130G1-25070091		$ 0,00	$ 1.003.671,00	$ 93.329.528,00	Pago a: 901128702 - PANIFICADORA LOS TRIGALES DEL EJE S.A.S con T.Banc.
			130G1-25070092		$ 0,00	$ 1.001.898,00	$ 92.327.630,00	Pago a: 93355506 - CESAR YOVANY FRANKLIN VASQUEZ con T.Banc.
			130G1-25070093		$ 0,00	$ 2.680.694,00	$ 89.646.936,00	Pago a: 9805008 - CARNICERIA GIRALDO con T.Banc.
			130G1-25070094		$ 0,00	$ 4.093.990,00	$ 85.552.946,00	Pago a: 901597547 - PROAGRO CAMPO QUINDIANO S.A.S. con T.Banc.
			130G1-25070096		$ 0,00	$ 320.000,00	$ 85.232.946,00	Pago a: 9734305 - JOSE EVER BERNAL MURCIA con T.Banc.
		24	130G1-25070099		$ 0,00	$ 1.419.950,00	$ 83.812.996,00	BANCOOMEVA 060104643401 SR CTTO 198
		29	130G1-25070107		$ 0,00	$ 13.013.489,00	$ 70.799.507,00	PAGO NOMINA MES DE JULIO
		30	130G1-25070109		$ 0,00	$ 450.000,00	$ 70.349.507,00	Pago a: 18396629 - ALEXANDER PERDOMO VELASQUEZ con T.Banc.
			130G1-25070110		$ 0,00	$ 20.885.000,00	$ 49.464.507,00	PAGO HONORARIOS MES DE JULIO SEDE SAN RAFAEL
		31	130G1-25070112		$ 0,00	$ 349.940,00	$ 49.114.567,00	Pago a: 1094977840 - NICOLAS GOMEZ OROZCO con T.Banc.
			130G1-25070113		$ 0,00	$ 1.500.000,00	$ 47.614.567,00	Pago a: 9738005 - JAVIER ALEJANDRO ACOSTA RODRIGUEZ con T.Banc.
			130G1-25070115		$ 0,00	$ 1.236.143,00	$ 46.378.424,00	Pago a: 816005824 - CEMPAC S.A.S con T.Banc.
			130G1-25070116		$ 0,00	$ 400.000,00	$ 45.978.424,00	Pago a: 1094977840 - NICOLAS GOMEZ OROZCO con T.Banc.
			130G1-25070117		$ 0,00	$ 657.458,00	$ 45.320.966,00	BANCOOMEVA 060104643401 SR CTTO 198
			130G1-25070118		$ 0,00	$ 10.408.515,00	$ 34.912.451,00	PAGO DOTACION
			163FSA329		$ 0,00	$ 415.757,38	$ 34.496.693,62	Pago a: 900406150 - BANCO COOMEVA S.A. con T.Banc.
			211N1-2507020		$ 27.400,00	$ 0,00	$ 34.524.093,62	INTERESES
					$ 110.626.084,00	$ 76.101.990,38	$ 34.524.093,62	T= Saldo final tercero a 31/07/2025
					$ 110.626.084,00	$ 76.101.990,38	$ 34.524.093,62	C= Saldo final cuenta 11200548 a 31/07/2025
					$ 110.626.084,00	**$ 76.101.990,38**	**$ 34.524.093,62**	**Total de mov. entre 01/07/2025 y 31/07/2025**

Yo, **JHOVANA ZAPATA HENAO**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proponente o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA: **FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO**

TIPO DE DOCUMENTO QUE SE PAGA: Ns

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 800134694-1

TIPO DE DOCUMENTO PRESENTE: CONTRATO

NUMERO DOCUMENTO PRESENTE: 63-00198-2025

FECHA SUSCRIPCIÓN: día 27 mes 10 año 2025

PLAZO DE EJECUCIÓN: DESDE día 1 mes 10 año 2025 HASTA día 31 mes diciembre año 2025

RÉGIMEN CONTRATANTE: REGIONALIZACIÓN

FECHA DE EJECUCIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN: día 31 mes octubre año 2025

2. DATOS DEL PAGO

PERIODICIDAD CANCELA: Y PAGO ÚNICO

VALOR A PAGAR: $ 400.000

PAGO No: 2 DE 4

EN LETRAS: CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE

PERIODO DE PAGO: DESDE día 1 mes nov año 2025 HASTA día 30 mes nov año 2025

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	APROPIACIÓN DE VIGENCIAS FUTURAS (SI APLICA)	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
APOYAR EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - APOYO AL TRATAMIENTO DE FARMACODEPENDENCIA, HOSPITALARIO Y POSTHOSPITALARIO PARA PERSONAS SE ATIENDEN LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO EN ADHERENCIA	64625	27	C-4502-1500-10-704040-4602014-02	123	A-02-02-03-009 003-03	$ 400 000

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACIÓN BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO: BANCO DE BOGOTA

NÚMERO DE CUENTA: 207204743

TIPO DE CUENTA: AHORROS

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR: $ - A

EN LETRAS:

AMORTIZACIÓN ANTICIPO: $

CUENTA No. NUMERO: DE:

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 400 000
GASTOS DE INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 400 000
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR	$ 400 000

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / ZONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
JHOVANA ZAPATA HENAO	SUPERVISOR CONTRATOS	QUINDIO	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA	Jhovana Zapata Henao
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LILIANA SUAREZ BELTRAN	FINANCIERA - REVISOR DE SUPERVISION	QUINDIO	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA	

RESPONSABLE DEL ESTADO DE PAZ

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
NATALIA RENDON LESMES	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA	Natalia Rendón	

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIEN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
YURIETH CARLENA CRUZ UBERNAL	01/11/2025	11:40am	

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIEN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE DEVOLUCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE PAGOS DE ESTUDIANTES DE LA ESCUELA

NOMBRE QUIEN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

177

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
VDA SAN JUAN DE CAROLINA FCA BALSALICHE CA SALECIANA
Teléfono 3176679751 Salento Quindío

Factura electrónica de venta
No. FEFF511

INFORMACION DEL CLIENTE	FECHA	TOTAL
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICB	**08/08/2025**	**$ 400.000,00**
NI No. : 899999239-2	VENDEDOR	
DIRECCION : Avenida carrera 68 No. 64 C - 75		
TELEFONO : 018000918080	FECHA VENCIMIENTO	REFERENCIA
CIUDAD : BOGOTÁ, D.C. **PAIS :** Colombia	07/09/2025	

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
41659503	ICBF CUMPLEAÑOS JULIO CTTO 198 CC 121	$ 400.000,00

NRO. ITEMS FACTURADOS: 1

FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
CxC # 1	Vence: 07/09/2025	$ 400.000,00

VALOR (en letras) : CUATROCIENTOS MIL PESOS

OBSERVACIONES

BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERNADO, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF CELEBRACION CUMPLEAÑOS MES DE JULIO

CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS N° 060104643401 DE BANCOOMEVA
Persona jurídica y asimiladas, No responsable impuesto a las ventas, Agente retenedor (puede practicar retención), Entidad no contribuyente (no se le debe hacer retención) y No responsable de IVÁ
Factura a crédito, plazo hasta 07/09/2025.

Preparado	Aprobado	Contabilizado	Revisado	FIRMA Y SELLO
				C.C. O NIT.

Sello de firma:
Y9mtThBu55tKgYqJKg7lZVTkB0wsokM7lQzec8BtGwZJ4e9yxKUjCIFLoJZ+oChJGLVnLy2j/0k9zQJRqhsUXU2qHF04c+RF2XHU/PvaKXAAr9le/zdKrK3wSidk
E7QzreKCDmu5jJtQeDBvyaKAS5avccvGzl0cD2mylAE7CYfw1CTkF7mwrnh+oeniGXcJfti5cC2kb0/5SIVkJFatEul6SlcWgQ+/LNleaeDhbNRI31vSfOOIbcqhyR
9iurVQ7UoDjXCVFLq7pK6XRHxq+zvNDjVZ0YY+yII1xF9tAll4OgLmrYvhgh4YxJ1K/W2kGGFUWhK4amRtdfs1aqZ3yw==

CUFE: f5030c8692f3bb98d02e8206bf09e82dfc8d6414fbc501801ffc57d6ecf2697c78b541336f983aad2c0fade4d73c26b4
Fecha emisión: 2025-08-08 10:41:50 **Fecha validación DIAN:** 2025-08-08 10:41:56-05:00
Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

Resolución DIAN 18764040960 Prefijo FEFF Rango 481 al 2000. Vigencia: 21/05/2025 al 21/05/2027

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
712a4e6325df5b0477d4f36df878d7bce19cdd559bc9e7e494a408eab824c03dec1e24f70ef63fbcc13658119551725e

Número de Factura: FE-1238
Fecha de Emisión: 29/07/2025
Fecha de Vencimiento: 29/07/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MARCO ANTONIO GARCIA GARCIA
Nombre Comercial: MARAL SHOES
Nit del Emisor: 10032746
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 4772

País: Colombia
Departamento: QUINDIO
Municipio / Ciudad: ARMENIA
Dirección: CL 18 15 53
Teléfono / Móvil: 7327901
Correo: g.marcoa@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: FUNDACION FARO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800034694
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País:
Departamento:
Municipio / Ciudad:
Dirección:
Teléfono / Móvil: 3176679751
Correo: asis.admi@fundacionfaro.org

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	L206AZUL37	tenis	EA	1,00	$ 100.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 100.000,00

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
ae9b9672e7363055b97fc0406e645271609bd165f2d0e85ebe1779dc27a6a57fe3093346a7f1b9fe2bd23fb44254c613

Número de Factura: FPOS-1591
Fecha de Emisión: 29/07/2025
Fecha de Vencimiento: 29/07/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: JUAN CARLOS LOAIZA NORENA
Nombre Comercial: JUAN CARLOS LOAIZA NORENA
Nit del Emisor: 1094942194
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica:

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: Armenia
Dirección: CL 18 16 27
Teléfono / Móvil:
Correo: cuerosycuerosaxm@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: FUNDACION FARO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800034694
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: Armenia
Dirección: No aplica
Teléfono / Móvil:
Correo:

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	88252	CORREAS CUERO CORREAS CUERO	94	1,00	$ 55.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 55.000,00

SPORT MODA
Felipe Antonio Buitrago Carvajal
NIT 9774298-1
RESPONSABLE DE IVA

Calle 18# 16-33
Armenia - Quindio , Tel : 3234845331

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
FABC 5414
Resolución 18764095051466
Fecha 01/07/2025
Desde 5041 Hasta 10000
Vigencia: 24 Meses.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social: FUNDACION FARO **FUNDACION FARO**
NIT: 800034694-0
Celular: 3176679751
Dirección: calle 40#23-54 calarca
Ciudad: ARMENIA **Departamento:** QUINDIO

Fecha y Hora Factura

Generación	29/07/2025 - 04:59 pm
Expedición	29/07/2025 - 04:59 pm
Vencimiento	29/07/2025

Vendedor: sport moda
Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo

N° ITEM	CÓDIGO	REF.	DESCRIPCIÓN	INC	IVA	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	VLR. UNIDAD	SUBTOTAL
1	2		Pantalon Hombre Dril	0%	19%	1	UND	$ 89.900	$ 89.900

		Subtotal	**$ 75.546**
Base Gravable 19%	($ 75.546)	**(+)IVA 19%**	**$ 14.354**
		TOTAL	**$ 89.900**

TOTAL ITEMS	1
TOTAL UNIDADES	1

Firma Bodega

Firma Revisado

SPORT MODA
NIT 9774298-1

FUNDACION FARO
NIT 800034694-0

Vigencia 6 Meses

CUFE: 51eaf7d448dd8fc669690ab914d661970efc8faedaa09641d3746d45cfdfddc6e6030079c21630014ebad7e33c3d271b

Impreso con www.seitem.com - Uva3 S.A.S. - NIT 900867784-1



STOP S.A.S
890911898-5
CR 59 A 14 95
Teléfono (604)6041431 - Móvil 3216454667
impuestosstop@stop.com.co
Agente Retenedor de IVA - Responsable de IVA - No Somos Grandes Contribuyentes. No Somos Autorretenedores de Renta
Actividad Económica(CIIU 1410) Actividad ICA 102.
Software fabricado por: Cegid Group-Sistema Cegid Nit. 327888111
347-STOP MIXTA ARMENIA CRA 16-CR 16 #17-58

RESOLUCIÓN HABILITACIÓN FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No.
18764095431411 DEL 2025-07-10 AL 2026-07-10
DEL 3477 6234 AL 3477 25000

Ticket: 98124

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 34776525

Fecha y hora de Generación: 2025-07-2916:23:10
Fecha Expedicion: 2025-07-29
Fecha Vencimiento: 2025-07-29
Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de Compra: 34776525

Cliente: Fundacion Faro
Nit: 800034694
Direccion: CLL 40 23-54
Ciudad: CALARCA - QUINDIO
Pais: COLOMBIA
Telefono:
Correo: ASIS.ADMI@FUNDACIONFARO.ORG

Item	Descripcion / Referencia	Cant.	U.M	V.Unit	IVA%	V Total
1	CAMISETA MC CON ESTAMPADO EN FRENTE Y ESPALDA S AZUL CLARO TIPO A 11611914	1.00	UND	58,739	19.00	29,370
2	CAMISETA MC CON ESTAMPADO MUJERES S NEGRO TIPO A 11619814	1.00	UND	46,134	19.00	27,681
3	CAMISETA MC CON ESTAMPADO EN FRENTE Y ESPALDA S ROJO TIPO A 11611914	1.00	UND	58,739	19.00	29,370

Subtotal:	86,421
IVA:	16,420
Total a Pagar:	102,841

DISCRIMINACION TARIFAS DE IMPTO.

Tarifa	Descripción	Base/Imp	IVA
19.00%	Compra	86,421	16,420
19%	Financiación	0	0

Observaciones:

Cantidad Lineas: 3
Cantidad Items: 3

CUFE:
1973e6e7afd8f520e2e9b90001462Ocfa60bf33493998eca4a
f91d2f58d93e911207662baecc15a400696679f7c234af

Representación Gráfica de factura electronica de venta

Proveedor Tecnológico: VSDC S.A.S.
Nit: 811.026.198-4 - 81102619Bnumrotefevp

NumRot 2.0 Version:Factura30 / FEPSol20250520.ps

MARIO GARZON Y CIA S.C.A.
NIT 900039819-9
CRA 17 17 70
Telefono: 7443156
ARMENIA, QUINDIO
mariogarzon2024@hotmail.com
Impuesto sobre las ventas - IVA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Numero:	**FE 2870**
Fecha Generación:	29/07/2025 16:50:25-05:00
Fecha Vencimiento:	29/07/2025 16:50:25-05:00

Vendedor: BERMUDEZ MUNERA JENIFER TATIANA

Señores: FUNDACION FARO
Nit / C.C. 800034694-1
Dirección: CALLE 40 23 54 **Ciudad:** CALARCA, QUINDIO
Forma de Pago: Contado
Teléfono: 3176679751
Medio de Pago: Acuerdo mutuo
Email: asis.admi@fundacionfaro.org
Moneda: Peso colombiano

ITEM	CODIGO	DESCRIPCION	U.MEDIDA	IVA%	CANT	VR. UNIT.	DCTO	VR. TOTAL
1	251C	CAMISA HOMBRE M/C	NIU	19.00	1,00	50.336,00	0,00	50.336,00

Total Nro. Items 1 | **Valor en Letras:** cincuenta y nueve mil ochocientos noventa y nueve peso colombiano con ochenta y cuatro centavos

Observaciones:
Número de Remisión: 025819
Detalle Factura: VENTA DE MERCANCIA

Subtotal	50.336,00
Descuentos	0,00
IVA	9.563,84
Total	59.899,84

Esta factura de venta es un título valor, conforme al Art.772, Modificado en la ley 1231 de 2008 | El cliente, destinatario o aceptante de esta factura de venta autoriza a MARIO GARZON Y CIA S.C.A. y/o quien represente sus derechos o intereses a reportar, consultar, procesar, solicitar o divulgar ante cualquier entidad que gestione bases de datos, como DATACREDITO, CIFIN, FENALCO, entre otras, toda la información sobre mi comportamiento y realidad comercial. La presente factura/nota de venta se asimila a un título valor según la ley 1231 de 2008; con su aceptación se exime expresamente a MARIO GARZON Y CIA S.C.A. de cualquier requerimiento privado o judicial para su constitución en mora. En caso de no cancelar a su vencimiento se causarán intereses de mora a la tasa máxima legal permitida. Sin perjuicio de las acciones de cobro pertinentes por el incumplimiento. MARIO GARZON Y CIA S.C.A. se reserva la propiedad de esta mercancía hasta tanto se dé la cancelación integra de los valores resultantes de la operación consignada en esta factura electrónica de venta. No se aceptan devoluciones después de recibida la mercancia De acuerdo con la Ley 1581 de 2012, los datos personales suministrados serán tratados de manera general, para la finalidad de gestión de clientes y el responsable de los datos recolectados es MARIO GARZON Y CIA S.C.A. por lo anterior, con la aceptación de esta factura/nota de venta el cliente, destinatario o aceptante autoriza de manera previa, explicita e inequívoca el tratamiento de dichos datos.

CUFE 0cfe824623e930e5190e1ca0d45557bb4fd78de51cafb63e9302cdd19c8f1d46cf193954d99ed28515bd42ca6544f803

Sello de Firma:
GYZCZMZIXOLupVk1/pI10fE8LJC3bckPtWr7tuMT3Lc7du1CK6Z/R/AyzR0qn0zyo2Ky0OU7oFnxYJlh0mGBGxAG4rvpiRE3DCwV0iqhg4YqHKRNqvw714+EeNmtU5FE0ggCGhbj82MC127Jt8SY
zQ+p5w5qqpkG5JEakXYN86xrk0dsPhMSPoT6/bhfUtG9CqLiosQUiSJhZ/97cDzLzBMhukQnvJbsdSYaFet0Tgl7syvyVHmCGmaJxc+IVhmv8rX9HIL1P2JCgh4QeCKMlniNB3+BB46tgiCT42rZSIU
02Wcl1NL6nDhxwkQhuuSGGVSntSyuXq00gbpR8mbDdg==

Modo de Operación: Software Propio | Software de Facturación: Sistemas de Información Empresarial S.A. Nit: 890319193-3
Hora de Validacion DIAN: 2025-07-29 16:51:27-05:00

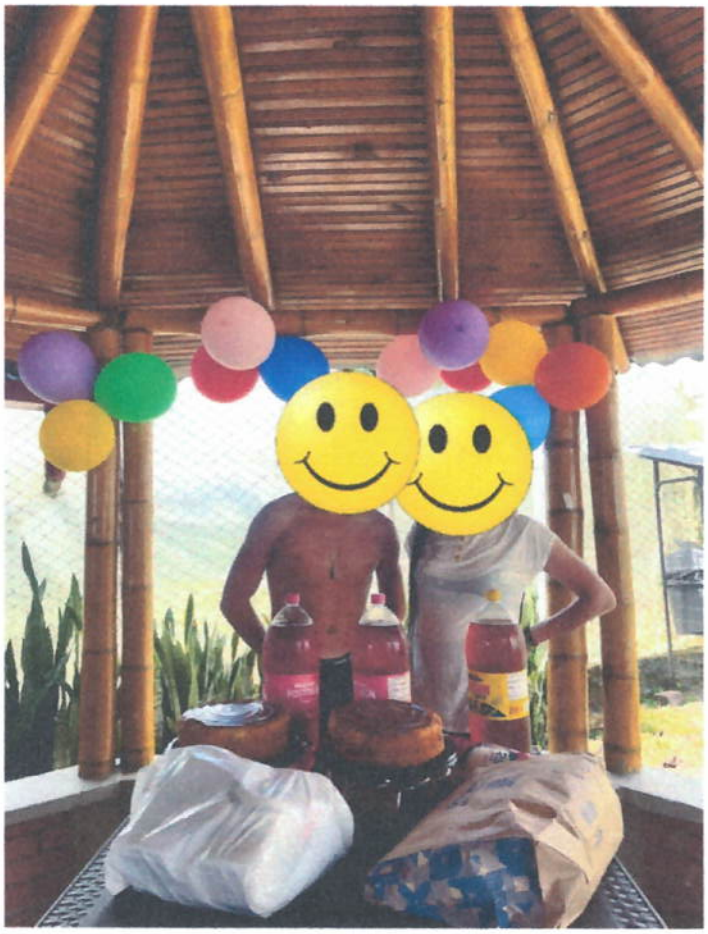
Resolucion Factura Electrónica No. 18764087159405 **Desde.** 14/01/2025 **Hasta.** 14/01/2026 **Num Inicial.** FE 2474 **Num Final.** FE 999999

Factura impresa por Ihellium Plus S.A.S NIT 901.420.792-5

FE2870

Faro Fundación familiar	**REGISTRO FOTOGRAFICO** **ENTREGA DE DOTACION PERSONAL** **SEDE SAN RAFAEL**

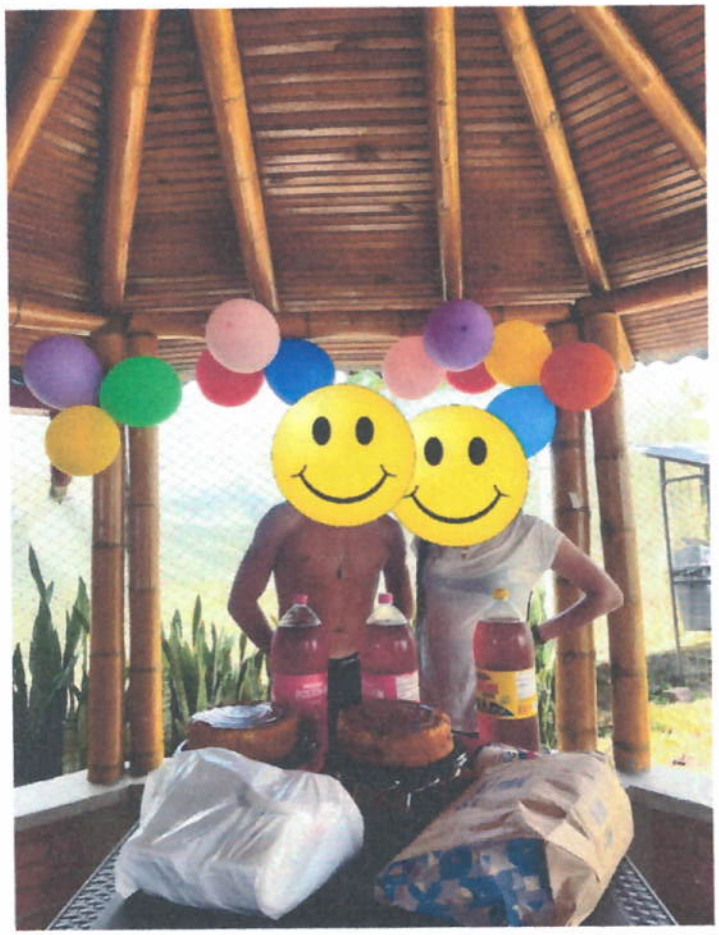
NOMBRE: PAULA VALENTINA QUINTERO
DOCUMENTO: 1098050117
CUMPLEAÑOS JULIO DE 2025
REGALOS: UN PAR DE ZAPATOS AMIRI Y 3 CAMISETAS OVERSIZE



FIRMA

Faro Fundación familiar	**REGISTRO FOTOGRAFICO ENTREGA DE DOTACION PERSONAL SEDE SAN RAFAEL**

NOMBRE: CAMILO ALEJANDRO HERNANDEZ CHITO
DOCUMENTO: 1060988957
CUMPLEAÑOS JULIO DE 2025
REGALOS: UNA CAMISA, UN PANTALON DE DRILL Y UNA CORREA



FIRMA



BIENESTAR FAMILIAR

GESTIÓN FINANCIERA

CERTIFICACIÓN PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYOS A LA GESTIÓN (PERSONAS NATURALES)

Yo, **JHOVANA ZAPATA HENAO**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras contempladas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo dispuesto en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	830134644-1
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO
NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	63-00158-2025
FECHA SUSCRIPCIÓN	23 / JUNIO / 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 / JULIO / 2025 HASTA 30 / NOVIEMBRE / 2025
RECURSOS PROPIOS	ADICIONAL DE APORTE
FECHA DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD (IDENTIFICACIÓN)	30 / NOVIEMBRE / 2025

2. DATOS DEL PAGO

PAGO DE LA PARTE B	TERCERO
PAGO No.	2 DE 3
VALOR A PAGAR	$ 497.828
EN LETRAS	CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE
PERIODO DE PAGO	DESDE 1 / JULIO / 2025 HASTA 30 / NOVIEMBRE / 2025

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	INTERVENTORÍA (ASISTENCIA TÉCNICA)	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
APOYAR EN EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS, ADULTOS DE FARMACODEPENDIENTES QUE ESTÉN BAJO EL PROTECCIÓN DEL ICBF, PARA GARANTIZAR EL RESTABLECIMIENTO DE SUS DERECHOS	64625	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-03	117	A-02-02-02-009-003-03	$ 497.828

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.1 INFORMACIÓN BANCARIA

ESPECIFICAR EN EL BANCO	BANCOLOMBIA	NÚMERO DE CUENTA	24100005041
CLASE DE CUENTA	AHORROS		

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$	EN LETRAS	
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$	CUENTA No.	DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
COSTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
COSTOS DE INVERSIÓN CORRIENTE A NIVEL REGIONAL	VALOR	$ 497.828
COSTOS DE INVERSIÓN CORRIENTE NACIONAL	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 497.828
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR	$ 497.828

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SEDE	ÁREA O C.Z.	FIRMA
JHOVANA ZAPATA HENAO	SUPERVISOR CONTRATO	HUILA	COORDINADOR ASISTENCIA TECNICA	Jhovana Zapata Henao
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LILIANA OSPINA BERTRAN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	HUILA	APOYO DE ASISTENCIA TECNICA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (DD/MM/AAAA)
NATALIA MENDOZA CELEDONIA	COORD. DE ASISTENCIA TECNICA	Natalia Mendoza	

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO UNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIEN RECIBE	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
YULIETH MILENA ORTIZ IBAÑEZ	04 / 11 / 2025	11:40 a.m.	

DEVOLUCIONES

MOTIVO DE DEVOLUCIÓN	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE DEVOLUCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIEN RECIBE	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

784

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
VDA SAN JUAN DE CAROLINA FCA BALSALICHE CA SALECIANA
Teléfono 3176679751 Salento Quindío

Factura electrónica de venta
No. FEFF513

INFORMACION DEL CLIENTE	FECHA	TOTAL
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBI	**08/08/2025**	**$ 497.828,00**

NI No. : 899999239-2
DIRECCION : Avenida carrera 68 No. 64 C - 75

VENDEDOR

TELEFONO : 018000918080
CIUDAD : BOGOTÁ, D.C. **PAIS :** Colombia

FECHA VENCIMIENTO	REFERENCIA
07/09/2025	

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
41659503	ICBF RUBRO 112 JULIO CTTO 198 CC 121	$ 497.828,00

NRO. ITEMS FACTURADOS: 1

FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
CxC # 1	Vence: 07/09/2025	$ 497.828,00

VALOR (en letras) : CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTIOCHO PESOS

OBSERVACIONES

BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERNADO, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF ICBF RUBRO 112 JULIO CTTO 198 CC 121

CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS N° 060104643401 DE BANCOOMEVA
Persona jurídica y asimiladas, No responsable impuesto a las ventas, Agente retenedor (puede practicar retención), Entidad no contribuyente (no se le debe hacer retención) y No responsable de IVA
Factura a crédito, plazo hasta 07/09/2025.

Preparado	Aprobado	Contabilizado	Revisado	FIRMA Y SELLO
				C.C. O NIT.

Sello de firma:
nLX7ssP2ESL+2m6RrVd6AnX1hzBejNuj/fLVDVMcRpnBYojdRtvCWd0Kgo3e4v8ixZNy+LGkV1EOSjCjoFiPWj5c6W+/Yanqs5ilKg5XoK6duNd9sdBxjsQFvd+83EBpfTZGc1TQoST3ONvf7tm/8McVCrOJRMKJnrhaAFZ2wLpYls9ifyEPH2OMzSWDRDrL8clfq3CePBM0v3nM8vdV24jZsaac1DjZc4CF064M8ID1CXtbqUo1sXQC1/fcd7m1qbOnqa/UrztVBS/zEIWkbEIHJg20DsIIUGVBHbxCmk1Gw8PJoz+03vYuOylBIRP4bp3F9liHd0pbHKEmsozH5w==

CUFE: 93e495773c3057331319dc0f40782926f95ac0b3c2b219b3cac13b0a658270e089ab5201e0b318da37a00eff0087acbc
Fecha emisión: 2025-08-08 11:36:11 **Fecha validación DIAN:** 2025-08-08 11:36:26-05:00
Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
Tel: 3176579751 Calarca Q.

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar
No. FSR1323

INFORMACION DEL PROVEEDOR

ADRIANA ANGARITA GOMEZ

NI No. : 63346701-1
DIRECCION : BRR LA PRADERA
TELEFONO :
CIUDAD : ARMENIA **PAIS :** Colombia

FECHA
31/07/2025

TOTAL
$ 98.457,00

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
51701203	FSR1323 ADRIANA ANGARITA OSCAR FELIPE	1	$ 98.457,00	$ 98.457,00

FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
CxP # 1	Vence: 30/08/2025	$ 98.457,00

VALOR (en letras) : NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

Observaciones

Autorizacion de Numeracion de Facturacion Dian tipo documento soporte No 18764080800199 expedida 02/10/2024 rango desde 882 hasta 5000 prefijo DSR vigencia 02/10/2025

Aprobado

RECIBI

C.C. O NIT.

FRM-018V (NIIF) Impreso con CentaPyme V. 4 - InSoft SAS. Nit 816.090.630-9

Sello de firma:

NeV9cfB7DZtnefVZ8vh8QQiptgT1pta5V7dOANpybzs1IZ/XOnqbTLAcrCDudHQmmG/7LkGDNUzJ4Oic/RijekMfQaPnlc2JKCt417ClofN1ylBkMxOOPkoYwCXy mWfJKwu1RLepn85kQVrZGLhfUO7iLck3OHLa7jHgR97DcMnGF3Eb9950oCOqPnbdiUHrQ+X1snVFxsoRD47Ckgv1rMaZKkzUx+yerzTN2gTnxzKfqYVQYpg O7CmizgCAE1/4j/7MWcsAAG6G0BiBbEfeDosegOTICQDulFMUGxDjc8X5Ra+ptlulh614NDSbxWBVgPvC8WR0O06hcY9LA67xoQ==

CUDS: 181940ac8dc6ad3568641c741389c5caa0157b86473bf281990df28eafd84c8d3914fe2093b635480e86a4e06053cf3d
Fecha emisión: 2025-07-31 16:48:34 **Fecha validación DIAN:** 2025-07-31 16:48:40-05:00
Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

Armenia Quindío, 28 de julio del 2025

LA FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO

NIT: 800034694-1

DEBE A:

ADRIANA ANGARITA GOMEZ
Identificada con cedula de ciudadanía N°. 63.346.701

LA SUMA DE $98.457
NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/C

Lo anterior por concepto de acompañamiento hospitalario de la adolescente OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS de la sede San Rafael

Cordialmente,

Adriana
ADRIANA ANGARITA GOMEZ
CC. 63.346.701

DOCTORA:
JHOVANA ZAPATA HENAO
Centro Zonal Armenia Sur
ICBF QUINDIO
Cordial Saludo
De manera muy respetuosa le envio la relacion de usuarios atendidos por nuestra institucion

Contratista:	FUNDACION FAMILIAR FARO - SEDE SAN RAFAEL
Modalidad:	INTERNADO RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
No Contrato:	6300-198-2025

No	No SIM	USUARIO	Edad	SEXO	Fecha de Ingreso SEGÚN EPICRISIS	Fecha de Egreso SEGÚN EPICRISIS	No de dias atendidos con acompañamiento	Defensor	Municipio donde se atiende
1	18497687	OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS	14	MASCULINO	22/07/2025	23/07/2025	2	LAUREN KATHERINE RAMOS	ARMENIA

VALORES DE ACOMPAÑAMIENTO 2024

HORA	VALOR
DIURNA	$ 6.500
NOCTURNO	$ 8.773
DOMINICAL DIURNO	$ 11.373
DOMINICAL NOCTURNO	$ 13.648

Item	Fecha	Dia	Horas				Ordinarios				Dominicales y Festivos				SUBTOTAL	PERSONA QUIEN R ACOMPAÑAMI
							Diurnas		Nocturna		Diurnas		Nocturna			
			Inicio	A.m/P.m	Final	A.m/P.m	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor		
1	22/07/2025	MARTES	7	PM	6	AM	2	$ 13.000	9	$ 78.957		$ -		$ -		ADRIANA ANG
2	23/07/2025	MIERCOLES	6	AM	7	AM	1	$ 6.500		$ -		$ -		$ -		ADRIANA ANG
3								$ -		$ -		$ -		$ -		
4								$ -		$ -		$ -		$ -		
5								$ -		$ -		$ -		$ -		
6								$ -		$ -		$ -		$ -		
7								$ -		$ -		$ -		$ -		
8								$ -		$ -		$ -		$ -		
9								$ -		$ -		$ -		$ -		
10								$ -		$ -		$ -		$ -		
								$ -		$ -		$ -		$ -		
								$ -		$ -		$ -		$ -		
							3	$ 19.500	9	$ 78.957	0	$ -	0	$ -	$ 98.457	

*En el primer cuadro se deben consignar todos los datos de las horas de inicio laborales, siendo AM o PM, según corresponda, en la hora final se diligencia la hora de salida de la persona quien realiza el acompañamiento siendo de igual forma AM o PM

*Para el siguiente cuadro se consignan los días ordinarios siendo diurnos o nocturos, este en la casilla valor se encuentra formulado con el cuadro de valores de acompañamiento, se debe diligenciar el total de las horas realizadas según corresponda, si es diruna

* Para este cuadro se relaciona teniendo en cuenta si los días que se realiza el acompañamiento son dominicales o festivos, teniendo en cuenta si son dirunos o nocturnos.

Se debe tener en cuenta que la ley laboral nos indica que el la hora diurna es desde las 6 AM A 9 PM



FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1968

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

11-JUN-1987 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CAMILO GALLO ARIZA

A-7601000 01C06146 F 0063346701 20180511 0061174037A 1 7/31 a.m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 63.346.701

ANGARITA GOMEZ

APELLIDOS

ADRIANA

NOMBRES



Powered by CamScanner

Faro	**FUNDACION FAMILIAR FARO - SEDE SAN RAFAEL**

Armenia - Quindio, julio 28 de 2025

Cordial saludo,

De manera atenta se relaciona a continuación N° SIM asignado al proceso PARD del beneficiario OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS, identificado con 1061751446 con la cual se activo rubro de emergencia para acompañamiento hospitalario.

USUARIO	No SIM	No IDENTIDAD
OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS	18497687	1.061.751.446

Cordialmente,

Luis Edier Usma Osorio
Coordinadora
Sede FARO San Rafael

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

3 Corrección [1][3] Actualización de oficio

4 Número de formulario 14587911409

5 Número de Identificación Tributaria (NIT) 6 DV
8 3 3 4 6 7 0 1 | 1

12 Dirección seccional

IDENTIFICACIÓN

24 Tipo de contribuyente	25 Tipo de documento	26 Número de identificación	27 Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 3 3 4 6 7 0 1	1 9 8 7 0 8 1 1

Lugar de expedición	28 País	29 Departamento	30 Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31 Primer apellido	32 Segundo apellido	33 Primer nombre	34 Otros nombres
ANGARITA	GOMEZ	ADRIANA	

35 Razón social

36 Nombre comercial 37 Sigla

UBICACIÓN

38 País	39 Departamento	40 Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Aguazul 0 1 0

41 Dirección principal
CL 19 B 24 25 BRR LA PRADERA

42 Correo electrónico adriana40abril@hotmail.com

43 Código postal 44 Teléfono 1 3 1 4 8 8 1 9 8 9 45 Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades		
46 Código 4 7 9 0	48 Código	50 Código 1 2	51 Código	52 Número establecimientos
47. Fecha inicio actividad 2 0 1 3 0 1 3 0	49 Fecha inicio actividad			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53 Código 4 9
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54 Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios 0 61 Fecha 2019 - 05 - 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, cancelación del Registro Único Tributario (RUT) debe ser cierta y verás; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos correspondientes o de suspensión según el caso. Fundamento en artículo 10 1128 del Decreto 1625 de 2016. De igual manera al formulario se anexa el volante de pago y copia de cédula de ciudadanía de acuerdo con el 1581 de 2012

Firma del trabajador

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

Sitio Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMATICA

Cargo

Fecha generación documento PDF

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

NEQUI

Referencia de depósito electrónico

Martes, 5 de marzo de 2024

A quien pueda interesar:

Nos permitimos informar que **ADRIANA ANGARITA GOMEZ** identificado con cédula de ciudadania **63346701**, al día de hoy es titular de un depósito electrónico con las siguientes características:

Número de producto	Número de producto convencional	Estado	Fecha de apertura
3114881555	87058898096	ACTIVA	25-07-2022

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Cordialmente,

Claudia MB

Claudia Betancourt
Gerente de Promesa Digital

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO MODALIDAD RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	F5.P13.P	31/12/2020
		Versión 1	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **LAUREN KATHERINE RAMOS – DEFENSOR DE FAMILIA**, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS de 14 años**, identificado con CC # **1061751446** quien se encuentra ubicado en **LA FUNDACION FARO PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, SEDE SAN RAFAEL.**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS de 14 años** el que será realizado durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ARMENIA.**

La presente se expide en la ciudad de Armenia a los treinta (28) días del mes de julio del año 2025.

Cordialmente,

FIRMA Mariana Pinzón Valle

Nombre: _____

Cargo: **Coordinación Centro Zonal Protección Sur**

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F4.P13.P	31/12/2020
	CERTIFICACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO	Versión 2	Página 1 de 1

EL(A) COORDINADOR(A) DEL CENTRO ZONAL MARIANA PINZON OVALLE DE PROTECCION ARMENIA SUR

CERTIFICA QUE

ADRIANA ANGARITA GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No **63.346.701** realizó acompañamiento hospitalario a **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS,** desde el **22/07/2025** hasta el **23/07/2025.**

Que según consta en los documentos adjuntos (informes de los equipos de la Defensoría de Familia o del Centro Zonal que realizan seguimiento al niño en su internamiento hospitalario), el acompañamiento se realizó de la siguiente manera:

Fecha	Jornada	Total Horas
22 DE JULIO	Diurna	2
22 DE JULIO	Nocturna	9
23 DE JULIO	Diurna	1

La presente se expide en la ciudad de **Armenia – Quindío**, dirigida a la Dirección de Protección **ARMENIA SUR**, a los 28 días del mes julio del año **2025**.

Cordialmente,

Firma Mariana Pinzón Valle

Nombre _____

Coordinador(a) centro Zonal _____

Anexo: _____ folios

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

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

Gmail San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org>

SOLICITUD AUTORIZACIÓN RUBRO 112

3 mensajes

San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org> 21 de julio de 2025, 8:12 p.m.
Para: Jhovana Zapata Henao <Jhovana.Zapata@icbf.gov.co>, Lauren.Ramos@icbf.gov.co

Salento Quindio
Dra.
LAUREN KATHERINE RAMOS
Defensora de Familia

De manera atenta nos dirigimos a usted, con el fin de solicitar su aprobación para activación del rubro de acciones complementarias 112, ya que se activó ruta por salud mental con el adolescente OSCAR CHAMORRO RAMOS identificado con número de documento 1061751446, esto teniendo en cuenta que en conferencia de caso realizada el día de hoy, la progenitora refiere poder cuidar el adolescente en el hospital San Juan de Dios, sin embargo, en el momento en que el psicólogo de la modalidad por medio de llamada telefónica solicita su presencia en la Institución, refiere que no es posible dado a situaciones a nivel familiar.

Se adjunta Historia Clínica donde da evidencia del acompañamiento permanente que debe tener el beneficiario en la unidad de salud.

Fundación Faro
Sede San Rafael
Cel 3174280741

Orden de acompañamiento.pdf
466K

Lauren Katherine Ramos Torres <Lauren.Ramos@icbf.gov.co> 22 de julio de 2025, 9:29 a.m.
Para: San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org>, Jhovana Zapata Henao <Jhovana.Zapata@icbf.gov.co>

Cordial saludo operador FARO;

Por medio de la presente se autoriza la solicitud realizada, atendiendo el poco y/o nulo compromiso por parte de la madre como única red de apoyo en la ciudad de Armenia a favor del beneficiario.

Atte;

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN CERTIFICACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO	F4.P13.P	31/12/2020
		Versión 2	Página 1 de 1

EL(A) COORDINADOR(A) DEL CENTRO ZONAL MARIANA PINZON OVALLE DE PROTECCION ARMENIA SUR

CERTIFICA QUE

ADRIANA ANGARITA GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No **63.346.701** realizó acompañamiento hospitalario a **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS,** desde el **22/07/2025** hasta el **23/07/2025.**

Que según consta en los documentos adjuntos (informes de los equipos de la Defensoría de Familia o del Centro Zonal que realizan seguimiento al niño en su internamiento hospitalario), el acompañamiento se realizó de la siguiente manera:

Fecha	Jornada	Total Horas
22 DE JULIO	Diurna	2
22 DE JULIO	Nocturna	9
23 DE JULIO	Diurna	1

La presente se expide en la ciudad de **Armenia – Quindío**, dirigida a la Dirección de Protección **ARMENIA SUR**, a los 28 días del mes julio del año **2025**.

Cordialmente,

Firma Mariana Pinzón Ovalle
Nombre _____
Coordinador(a) centro Zonal _____

Anexo: _____ folios

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO MODALIDAD RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	F5.P13.P	31/12/2020
		Versión 1	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **LAUREN KATHERINE RAMOS – DEFENSOR DE FAMILIA**, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS de 14 años**, identificado con CC # **1061751446** quien se encuentra ubicado en **LA FUNDACION FARO PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, SEDE SAN RAFAEL.**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS de 14 años** el que será realizado durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ARMENIA.**

La presente se expide en la ciudad de Armenia a los treinta (28) días del mes de julio del año 2025.

Cordialmente,

FIRMA Mariana Pinzón Valle

Nombre: _____

Cargo: **Coordinación Centro Zonal Protección Sur**

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
Tel: 3176679751 Calarca Q.

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar
No. FSR1324

INFORMACION DEL PROVEEDOR

YOLIGMA ROMERO PULIDO
NI No. : 24579421-0
DIRECCION : MZ E CA 1 BRR LUIS CARLOS GALAN
TELEFONO :
CIUDAD : CALARCÁ **PAIS :** Colombia

FECHA
31/07/2025

TOTAL
$ 78.000,00

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
51701203	FSR1324 YOLIGMA ROMERO OSCAR FELIPE	1	$ 78.000,00	$ 78.000,00

FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
CxP # 1	Vence: 30/08/2025	$ 78.000,00

VALOR (en letras) : SETENTA Y OCHO MIL PESOS

Observaciones

Autorizacion de Numeracion de Facturacion Dian tipo documento soporte No 18764080800199 expedida 02/10/2024 rango desde 882 hasta 5000 prefijo DSR vigencia 02/10/2025

Aprobado

RECIBI

C.C. O NIT.

FRM-018V (NIIF) Impreso con ContaPyme V. 4 - InSoft SAS. Nit 810.000.630-2

Sello de firma:

a1XUbzK6NZffxFaGHt8iZ1D9dCkMw4F5DFNd2Q9BM1vN1RhJfWwoRD00PC9mVXHJaKQ6L0EAjGdeMpUNpA4Be7nGJsswi+4xHjpa+FVJ0Lxidka+2qqbEfq98jM9TL/U2ngz9HjWMvEM0iR+SOrXH3+dP6LnOWgWIMRblrWiPTyGbYZ7F643/LQXfiQ8ZXs8QZEHJbrBF/yIISUELz82i+FiONppKs7WtuLveVkxIbRG6IrCfexp7FjiZ9QSYNfhjpo33Bcp8qR9vxrpqWN+4iFrkBn0SOMLJC9VMT5NlEFGsvn2oHEtAMr9MKdL5jFCCm4jUDA9BywiRHCYu9aIDw==

CUDS: 654e4eda1f9229daa0b54f435f9e22b05b39dfa6f4968f5868e057f8d0140cf458fe7e721a29d70685e0c48a2a25402d
Fecha emisión: 2025-07-31 16:49:49 **Fecha validación DIAN:** 2025-07-31 16:49:55-05:00
Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

Armenia Quindío, 28 de julio del 2025

LA FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO

NIT: 800034694-1

DEBE A:

YOLIGMA ROMERO PULIDO
Identificada con cedula de ciudadanía N°. 24.579.421

LA SUMA DE $78.000
SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/C

Lo anterior por concepto de acompañamiento hospitalario del adolescente OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS de la sede San Rafael

Cordialmente,

Yoligma

YOLIGMA ROMERO PULIDO
CC. 24.579.421

DOCTORA:
JHOVANA ZAPATA HENAO
Centro Zonal Armenia Sur
ICBF QUINDIO
Cordial Saludo
De manera muy respetuosa le envio la relacion de usuarios atendidos por nuestra institucion

Contratista:	FUNDACION FAMILIAR FARO - SEDE SAN RAFAEL
Modalidad:	INTERNADO RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
No Contrato:	6300-198-2025

No	No SIM	USUARIO	Edad	SEXO	Fecha de Ingreso SEGÚN EPICRISIS	Fecha de Egreso SEGÚN EPICRISIS	No de dias atendidos con acompañamiento	Defensor	Municipio donde se atiende
1	18497687	OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS	14	MASCULINO	22/07/2025	23/07/2025	2	LAUREN KATHERINE RAMOS	ARMENIA

VALORES DE ACOMPAÑAMIENTO 2024

HORA	VALOR
DIURNA	$ 6.500
NOCTURNO	$ 8.773
DOMINICAL DIURNO	$ 11.373
DOMINICAL NOCTURNO	$ 13.648

Item	Fecha	Dia	Horas				Ordinarios				Dominicales y Festivos				SUBTOTAL	PERSONA QUIEN REALIZA EL ACOMP.
							Diurnas		Nocturna		Diurnas		Nocturna			
			Inicio	m/P.	Final	m/P.	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor		
1	22/07/2025	MARTES	7	AM	7	PM	12	$ 78.000		$ -		$ -		$ -		YOLIGMA ROMERO
2								$ -		$ -		$ -		$ -		
3								$ -		$ -		$ -		$ -		
4								$ -		$ -		$ -		$ -		
5								$ -		$ -		$ -		$ -		
6								$ -		$ -		$ -		$ -		
7								$ -		$ -		$ -		$ -		
8								$ -		$ -		$ -		$ -		
9								$ -		$ -		$ -		$ -		
10								$ -		$ -		$ -		$ -		
11								$ -		$ -		$ -		$ -		
							12	$ 78.000	0	$ -	0	$ -	0	$ -	$ 78.000	

*En el primer cuadro se deben consignar todos los datos de las horas de inicio laborales, siendo AM o PM, según corresponda, en la hora final se diligencia la hora de salida de la persona quien realiza el acompañamiento siendo de igual forma AM o PM

*Para el siguiente cuadro se consignan los dias ordinarios siendo diurnos o nocturos, este en la casilla valor se encuentra formulado con el cuadro de valores de acompañamiento, se debe diligenciar el total de las horas realizadas según corresponda, si es diru
* Para este cuadro se relaciona teniendo en cuenta si los días que se realiza el acompañamiento son dominicales o festivos, teniendo en cuenta si son dirunos o nocturnos.

Se debe tener en cuenta que la ley laboral nos indica que el la hora diurna es desde las 6 AM A 9 PM

Faro	**FUNDACION FAMILIAR FARO - SEDE SAN RAFAEL**

Armenia - Quindio, julio 28 de 2025

Cordial saludo,

De manera atenta se relaciona a continuación N° SIM asignado al proceso PARD del beneficiario OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS, identificado con 1061751446 con la cual se activo rubro de emergencia para acompañamiento hospitalario.

USUARIO	No SIM	No IDENTIDAD
OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS	18497687	1.061.751.446

Cordialmente,

Luis Edier Usma Osorio
Coordinadora
Sede FARO San Rafael

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Consecutivo: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 14669711661

3. Número de identificación Tributaria (NIT): 2 4 5 7 9 4 2 1 — 6 DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Bucaramanga: 1

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

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

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía: 1 3

26. Número de identificación: 2 4 5 7 9 4 2 1

27. Fecha expedición: 1 9 8 5 1 2 0 9

Lugar de expedición: COLOMBIA — 28. País: 1 6 9 — 29. Departamento: Quindío: 6 3 — 30. Ciudad/Municipio: Calarcá: 1 3 0

31. Primer apellido: ROMERO

32. Segundo apellido: PULIDO

33. Primer nombre: YOLIGMA

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA: 1 6 9

39. Departamento: Quindío: 6 3

40. Ciudad/Municipio: Calarcá: 1 3 0

41. Dirección principal: MZ E CA 1 BRR LUIS CARLOS GALAN

42. Correo electrónico: yromero982@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 5 4 9 8 5 9 6 1

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 9 1 1 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 9 1 1 0 1

La información suministrada a través de formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de omitir inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. (Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 2460 de 2018)

Firma del declarante: Yoligma Romero Pulido

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

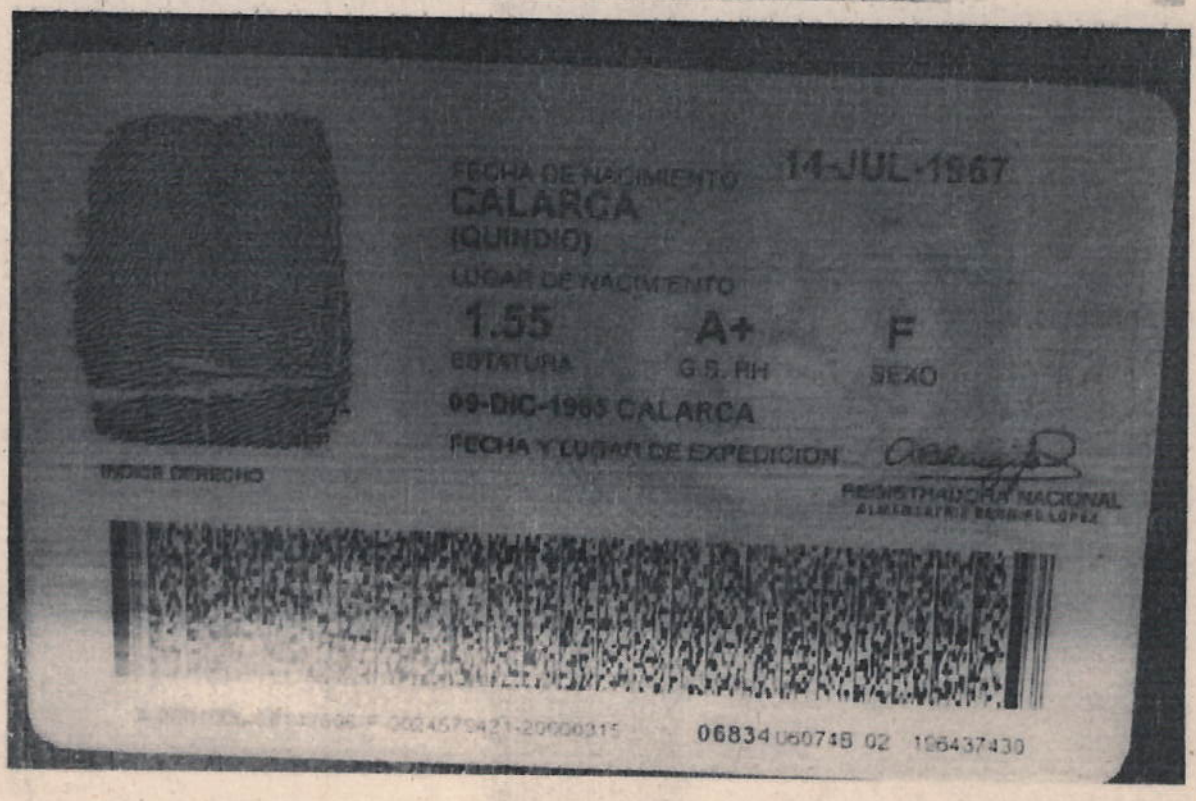
Firma autorizada

Apellidos y nombres: CARDONA QUINTERO ANGY DANIELA

Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 01-11-2019 08:54:25AM


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
APELLIDOS
PIGNARO PULIDO
NOMBRES
YOLIGMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1967
CALARCA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
09-DIC-1985 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
06834 060748 02 196437430

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN CERTIFICACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO	F4.P13.P	31/12/2020
		Versión 2	Página 1 de 1

EL(A) COORDINADOR(A) DEL CENTRO ZONAL MARIANA PINZON OVALLE DE PROTECCION ARMENIA SUR

CERTIFICA QUE

YOLIGMA ROMERO PULIDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No **24.579.421** realizó acompañamiento hospitalario a **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS** el **22/07/2025.**
Que según consta en los documentos adjuntos (informes de los equipos de la Defensoría de Familia o del Centro Zonal que realizan seguimiento al niño en su internamiento hospitalario), el acompañamiento se realizó de la siguiente manera:

Fecha	Jornada	Total Horas
22 DE JULIO	Diurna	12

La presente se expide en la ciudad de **Armenia – Quindío**, dirigida a la Dirección de Protección **ARMENIA SUR**, a los 28 días del mes julio del año **2025**.

Cordialmente,

Firma Mariana Pinzón Ovalle
Nombre _____
Coordinador(a) centro Zonal _____
Anexo: _____ folios

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO MODALIDAD RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	F5.P13.P	31/12/2020
		Versión 1	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **LAUREN KATHERINE RAMOS – DEFENSOR DE FAMILIA**, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS de 14 años**, identificado con CC **# 1061751446** quien se encuentra ubicado en **LA FUNDACION FARO PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, SEDE SAN RAFAEL.**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS de 14 años** el que será realizado durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ARMENIA.**

La presente se expide en la ciudad de Armenia a los treinta (28) días del mes de julio del año 2025.

Cordialmente,

FIRMA Mariana Ramírez Valle

Nombre: _____

Cargo: **Coordinación Centro Zonal Protección Sur**

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F4.P13.P	31/12/2020
	CERTIFICACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO	Versión 2	Página 1 de 1

EL(A) COORDINADOR(A) DEL CENTRO ZONAL MARIANA PINZON OVALLE DE PROTECCION ARMENIA SUR

CERTIFICA QUE

YOLIGMA ROMERO PULIDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No **24.579.421** realizó acompañamiento hospitalario a **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS** el **22/07/2025.**
Que según consta en los documentos adjuntos (informes de los equipos de la Defensoría de Familia o del Centro Zonal que realizan seguimiento al niño en su internamiento hospitalario), el acompañamiento se realizó de la siguiente manera:

Fecha	Jornada	Total Horas
22 DE JULIO	Diurna	12

La presente se expide en la ciudad de **Armenia – Quindío**, dirigida a la Dirección de Protección **ARMENIA SUR**, a los 28 días del mes julio del año **2025**.

Cordialmente,

Firma Mariana Pinzón Valle
Nombre _____
Coordinador(a) centro Zonal _____
Anexo: _____ folios

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO MODALIDAD RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	F5.P13.P	31/12/2020
		Versión 1	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **LAUREN KATHERINE RAMOS – DEFENSOR DE FAMILIA**, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS de 14 años**, identificado con CC # **1061751446** quien se encuentra ubicado en **LA FUNDACION FARO PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, SEDE SAN RAFAEL.**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS de 14 años** el que será realizado durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ARMENIA.**

La presente se expide en la ciudad de Armenia a los treinta (28) días del mes de julio del año 2025.

Cordialmente,

FIRMA Mariana Pinzón Valle

Nombre: _____

Cargo: **Coordinación Centro Zonal Protección Sur**

Lauren Katherine Ramos Torres
Defensora de Familia N° 4
Centro Zonal Armenia Sur Protección
ICBF Regional Quindío
Carrera 23 entre calles 3 y 4 Barrio sesenta casas
Teléfono: 601 - 4377630 Ext. 611001
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org>
Enviado: lunes, 21 de julio de 2025 20:12
Para: Jhovana Zapata Henao <Jhovana.Zapata@icbf.gov.co>; Lauren Katherine Ramos Torres <Lauren.Ramos@icbf.gov.co>
Asunto: SOLICITUD AUTORIZACIÓN RUBRO 112

[Texto citado oculto]

Jhovana Zapata Henao <Jhovana.Zapata@icbf.gov.co> 22 de julio de 2025, 10:47 a.m.
Para: sanrafael <sanrafael@fundacionfaro.org>
CC: Lauren Katherine Ramos Torres <Lauren.Ramos@icbf.gov.co>, Liliana Judith Suarez Beltran <Liliana.Suarez@icbf.gov.co>

Buenos Días

Reciba un Saludo de PAZ

Dando respuesta a su solicitud y considerando el aval por parte de la autoridad administrativa, se autoriza utilización del rubro 112 para acompañamiento hospitalario del beneficiario OSCAR CHAMORRO RAMOS.

Por favor organizar los soportes para la respectiva legalización

Muchas Gracias por su atención

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS			**Identificación:** 1061751446	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	04/septiembre/2010	**Edad a la fecha del folio:**	14 Años \ 10 Meses \ 15 Días	**Estado Civil:** Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO			**Teléfono:** 3104478287	
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 70** **21/07/2025 18:17:22**

Responsable:	JUAN DAVID FRANCO	**Teléfono Resp:**	3104478287
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2733988 **Fecha:** 21/07/2025 16:12:06
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA

"TRAIDO DE FUNDACIÓN"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO 14 ALIS DE EDAD, CON ANTECENDENTE DE RETRASO MENTAL LEVE, TRASTORNO DE LA CONDUCTA, TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS TRAIDO POR PERSONAL EL FARO. REFIERE INGRESO A LA FUNDACIÓN EL DIA 29.06.2025 POR TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS, EN CONDICIÓN DE CALLE, COMENTA ABUSO DE PEGANTE, MARIHUANA Y PERICO. COMENTA EL COMAPAÑANTE DESD EEL INGRESO CON MULTIPLES EVASIÓNES DE LA FUNDACIÓN APROXIMADMANTE 8., ADEMAS DE ESTO, POCO RECEPTIVO A LAS NORMAS, POCO RECEPTIVO A FIGURAS DE AUTORIDAD. RAZÓN POR AL CUAL INGRESAN AL SERVICIO DE URGENICAS.

OTROS SINTOMAS ASOCIADOS

ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: RETARDO MENTAL LEVE // TRASTORNO DE LA CONDUCTA// TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANICAS
FARMCOLOGICOS: CABAMAZEPINA 200 MG 1-1-1 , ESCITALOPRAM 1 TAB CADA MAÑANA, RISPERIDONA 1 TAB CADA NOCHE, LEVOMEPROMAZINA 2-2-6
ALERGICOS: NIEA
INMUNOLOGICOS: PAI COMPLETO PARA LA EDAD

EXAMEN FISICO

CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, TOLERANDO VIA ORAL, SIN REQUERIEMTINO DE OXIGENO SUPLEMENTNIAOR

SIGNOS VITALES

Tension Arterial:	1	/	1	mm/hg	**Tension Arterial Media:**	1		**Frecuencia Cardiaca:**	100	x min	
Frecuancia Respiratoria:	20	x min		**Temperatura:**	36	°C	**SP02:**	98	%		
Peso:	41	Kg	**Talla:**	1	Cm	**Indece de Masa Corporal:**	41.000.000	**Escala del dolor Pediatria**		0 - Sin dolor	

EXAMEN DE CABEZA

NORMOCEFALO, SIN PRESENCIA DE MASAS

EXAMEN DE OJOS

PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS ESCLERAS ANICTERICAS.

EXAMEN DE OIDOS

OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES

EXAMEN DE NARIZ

NARINAS PERMEABLES, MUCOSA HUMEDA, NO RINORREA.

EXAMEN ORAL

MUCOSA HUMEDA, FARINGE NO ERITEMATOSA, AMIGDALAS NO CONGESTIVAS, SIN ALTERACIONES.

EXMEN DE CUELLO

CUELLO MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO, SIN INGURGITACION YUGULAR NI ADENOPATIAS.

EXAMEN DEL DORSO

DORSO SIN ALTEARCIONES

EXAMEN DE TORAX

SIMETRICO, ELASTICIDAD Y EXAPANSIBILIDAD CONSERVADA, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MV CONSERVADO SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS			**Identificación:** 1061751446	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	04/septiembre/2010	**Edad a la fecha del folio:**	14 Años \ 10 Meses \ 15 Días	**Estado Civil:** Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO			**Teléfono:** 3104478287	
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

EXAMEN DEL ABDOMEN

BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS NI MEGALIAS, SIN DEFECTOS DE PARED, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

EXAMEN DE EXTREMIDADES

EXTREMIDADES MOVILES, SIMETRICAS, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS CONSERVADOS

EXAMEN DE PIEL

EUTERMICA, NORMOEALSTICA, SIN LEISONES

EXAMEN MENTAL

SIN ALTERACIONES

EXAMEN GENITOURINARIO

NO EVALAUDO POR NO CONISDERASE PERTIENENT

EXAMEN NEUROLOGICO

ALERTA, SIN DEFICITI MOTOR NI SENSITIVO

GLASGOW

Respuesta Ocular:	ESPONTANEO	**Respuesta Verbal:**	ORIENTADO
Respuesta Motora:	OBEDECE ORDENES	**Puntuacion:**	**15 / 15**

ESCALA DE VALORACION CLINICA DEL INFARTO CEREBRAL NIHSS

ESTADO DE CONCIENCIA		**NIVEL DE CONCIENCIA "Preguntas"**	
NIVEL DE CONCIENCIA "Ordenes"		**MIRADA**	
CAMPOS VISUALES (Confrontacion)		**PARALISIS FACIAL**	
FUERZA DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES			
FUERZA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES			
ATAXIA DE LOS MIEMBROS		**SENSIBILIDAD**	
LENGUAJE		**DISARTRIA**	
HEMINATENCION Y EXTINCION (NEGLIGENCIA)			

IMPRESION DIAGNOSTICA

ANALISIS

ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEENTES YA CONOCIDOS, QUIEN SE ENCUENTRA BAJO PROTECCION DE ICBF EN HOGAR EL FARO DESDE EL DIA 29.06.2025 CON MULTIPLES EVASIONES DEL LUGAR, ADEMAS DE ALTERACIONES EN LA CONDUCTA. EN EL MOMENOT CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, TOLERANDO VIA ORAL, SE INDICA TRASLADO A OBSERVACIÓN. SE SOLICITA VALORACIÓN POR UNIDAD MENTAL. SE EXPLICA CONDUCTA A LA MADRE, QUIEN REFIERE COMPNDER Y ACEPTAR

CONDUCTA

PESO: 41 KG-OBSERVACIÓN PEDIATRIA-ACOMPAÑANTE PERMANANTE-DIETA NORMAL PEDIATRICA 3-SS/ VALORACIÓN POR PSICOLOIGA, PSIQUIATRIA, TRABAJO SOCIAL**** CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA***- CABAMAZEPINA 200 MG, UNA CADA 8 HORAS-ESCITALOPRAM TAB 20 MG, UNA CADA MAÑANA-RISPERIDONA 1 TAB CADA NOCHE-LEVOMEPROMAZINA GOTAS, 2 GOTAS EN LA MAÑANA , 2 GOTAS EN LA TARDE Y 6 GOTAS EN LA NOCHE-CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS-GRACIAS.

RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

FUENTE DE INFORMACIÓN

FORMULA MÉDICA	No	**PACIENTE**	No	**ACOMPAÑANTE**	No	**HISTORIA CLINICA**	No
EPS		**MÉDICO TRATANTE**	No	**MEDICAMENTO**	No	**PACIENTE ALÉRGICO**	No
Cual (es) Medicamento(s)?							

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CONCILIADOS

Medicamentos/Concentración/Forma Farmacéutica	Dosis	Conducta a seguir	Motivo de Cambios

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS			**Identificación:** 1061751446	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	04/septiembre/2010	**Edad a la fecha del folio:**	14 Años \ 10 Meses \ 15 Dias	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO			**Teléfono:**	3104478287
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

ORDENES MEDICAS

Urgencias_Observacion

PESO: 41 KG-OBSERVACIÓN PEDIATRIA-ACOMPAÑANTE PERMANANTE-DIETA NORMAL PEDIATRICA 3-SS/ VALORACIÓN POR PSICOLOIGA, PSIQUIATRIA, TRABAJO SOCIAL**** CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA***- CABAMAZEPINA 200 MG, UNA CADA 8 HORAS-ESCITALOPRAM TAB 20 MG, UNA CADA MAÑANA-RISPERIDONA 1 TAB CADA NOCHE-LEVOMEPROMAZINA GOTAS, 2 GOTAS EN LA MAÑANA , 2 GOTAS EN LA TARDE Y 6 GOTAS EN LA NOCHE-CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS-GRACIAS.

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F918	F918 - OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

MEDICAMENTOS

CANT	NOMBRE	Posologia
4	CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETA (Alto Riesgo)	- CABAMAZEPINA 200 MG, UNA CADA 8 HORAS
1	ESCITALOPRAM 20 MG TABLETA	-ESCITALOPRAM TAB 20 MG, UNA CADA MAÑANA
1	RISPERIDONA 2 MG TABLETA	-RISPERIDONA 1 TAB CADA NOCHE
1	LEVOMEPROMAZINA 4 % SOLUCION ORAL	-LEVOMEPROMAZINA GOTAS, 2 GOTAS EN LA MAÑANA , 2 GOTAS EN LA TARDE Y 6 GOTAS EN LA NOCHE

SOLICTUD DE INTERCONSULTA

Servicio: OP003 - URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS PEDIATRIA

Especialidad: 591 - PSICOLOGIA

Motivo: ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEENTES YA CONOCIDOS, QUIEN SE ENCUENTRA BAJO PROTECCION DE ICBF EN HOGAR EL FARO DESDE EL DIA 29.06.2025 CON MULTIPLES EVASIONES DEL LUGAR, ADEMAS DE ALTERACIONES EN LA CONDUCTA. EN EL MOMENOT CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, TOLERANDO VIA ORAL, SE INDICA TRASLADO A OBSERVACIÓN. SE SOLICITA VALORACIÓN POR UNIDAD MENTAL. SE EXPLICA CONDUCTA A LA MADRE, QUIEN REFIERE COMPNDER Y ACEPTAR

Servicio: OP003 - URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS PEDIATRIA

Especialidad: 741 - TRABAJO SOCIAL

Motivo: ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEENTES YA CONOCIDOS, QUIEN SE ENCUENTRA BAJO PROTECCION DE ICBF EN HOGAR EL FARO DESDE EL DIA 29.06.2025 CON MULTIPLES EVASIONES DEL LUGAR, ADEMAS DE ALTERACIONES EN LA CONDUCTA. EN EL MOMENOT CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, TOLERANDO VIA ORAL, SE INDICA TRASLADO A OBSERVACIÓN. SE SOLICITA VALORACIÓN POR UNIDAD MENTAL. SE EXPLICA CONDUCTA A LA MADRE, QUIEN REFIERE COMPNDER Y ACEPTAR

Servicio: OP003 - URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS PEDIATRIA

Especialidad: 590 - PSIQUIATRIA

Motivo: ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEENTES YA CONOCIDOS, QUIEN SE ENCUENTRA BAJO PROTECCION DE ICBF EN HOGAR EL FARO DESDE EL DIA 29.06.2025 CON MULTIPLES EVASIONES DEL LUGAR, ADEMAS DE ALTERACIONES EN LA CONDUCTA. EN EL MOMENOT CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, TOLERANDO VIA ORAL, SE INDICA TRASLADO A OBSERVACIÓN. SE SOLICITA VALORACIÓN POR UNIDAD MENTAL. SE EXPLICA CONDUCTA A LA MADRE, QUIEN REFIERE COMPNDER Y ACEPTAR

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS			**Identificación:** 1061751446	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	04/septiembre/2010	**Edad a la fecha del folio:**	14 Años \ 10 Meses \ 15 Días	**Estado Civil:** Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO			**Teléfono:** 3104478287	
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

JUANCGRUIZ

Profesional: GRAJALES RUIZ JUAN CARLOS
Especialidad: MEDICINA GENERAL
R.M: 1097041062

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE MACDEMS PACIENTE PEDIÁTRICO

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS			**Identificación:** 1061751446	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	04/septiembre/2010	**Edad a la fecha del folio:**	14 Años \ 10 Meses \ 15 Días	**Estado Civil:** Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO			**Teléfono:** 3104478287	
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 71** **21/07/2025 18:31:20**

Responsable:	JUAN DAVID FRANCO	**Teléfono Resp:**	3104478287
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2733988 **Fecha:** 21/07/2025 16:12:06
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE MACDEMS PACIENTE PEDIÁTRICO

Edad:	Escolar (6 a 12 años)	Antecedentes Caidas Previas	No	Compromiso de Conciencia:	No

Antecedentes: ☐ Hiperactividad ☐ Problemas Neuromusculares ☐ Sindrome Convulsivo

☐ Daño Orgánico Cerebral (Paralisis Cerebral ☐ Otros ☑ Sin Antecedentes

Puntaje Obtenido: 1

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE		
Nivel	**Puntos**	**Código de Colores/Semaforo**
Alto Riesgo	**4 a 6 o >**	
Mediano Riesgo	**2 a 3**	
Bajo Riesgo	**0 a 1**	**BAJO RIESGO**

ORDENES MEDICAS

Urgencias_Observacion

ANTECEDENTES	
TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

Sofia Arenas G.

Profesional: ARENAS GOMEZ SOFIA
Especialidad: ENFERMERA JEFE
R.M: 1094961889

799

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

VALORACIÓN DEL RIESGO SEGÚN ESCALA DE BRADEN

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS **Identificación:** 1061751446 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 04/septiembre/2010 **Edad a la fecha del folio:** 14 Años \ 10 Meses \ 15 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: FUNDACION EL FARO **Teléfono:** 3104478287
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

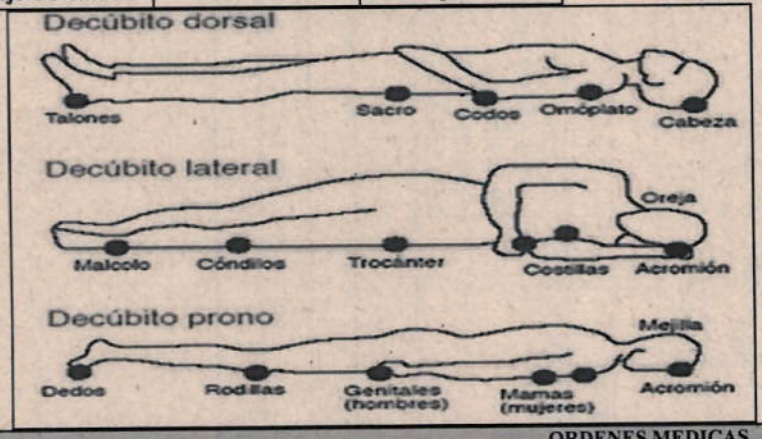
Entidad: LA NUEVA EPS S.A. **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 72** **21/07/2025 18:31:52**

Responsable: JUAN DAVID FRANCO **Teléfono Resp:** 3104478287
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2733988 **Fecha:** 21/07/2025 16:12:06
Finalidad Consulta: Otra **Causa Externa:** Enfermedad_general

VALORACIÓN DEL RIESGO SEGÚN ESCALA DE BRADEN

Percepción Sensorial	Sin limitaciones	**Actividad**	Deambula Frecuentemente
Exposición a la Humedad	Raramente húmeda	**Movilidad**	Sin limitaciones
Nutrición	Adecuada		
Roce y Riesgo de Lesiones	No existe Problema Aparente		
Clasificación de las ulceras por presión segun su profundidad			
☐ **Estadio Grado I**	☐ **Estadio Grado II**	☐ **Estadio Grado III**	☐ **Estadio Grado IV**
Puntaje Obtenido 22	**Interpretacion**		RIESGO BAJO



Observación:

ORDENES MEDICAS

Urgencias_Observacion

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

Sofia Arenas G.

Profesional: ARENAS GOMEZ SOFIA
Especialidad: ENFERMERA JEFE
R.M: 1094961889

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS	PLAN DE ATENCION ENFERMERIA	Pagina: 1 de 1
		Codigo:CG-FO-156
	GESTION CLINICA	Version: 01
		Vigente a partir de: Febrero 12 de 2019

Ingreso: 2733988 **Fecha Ingreso** 21/07/2025 16:07:06 Fecha Actual : viernes, 25 julio 2025

Paciente: 1061751446 - OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS **Cama:**

Eps: LA NUEVA EPS S.A. **Telefono:** 3104478287

Edad a la Fecha del Folio: 14 Años / 10 Meses / 15 Días **Folio N° 73** 21/07/2025 18:07:54

DX ENFERMERIA
00146 ANSIEDAD R/C CRISIS SITUACIONAL,
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

RIESGOS CLINICOS	
UPP	RIESGO BAJO
CAIDAS	RIESGO BAJO
ALERGIAS	
CUAL:	MADRE NO REFIERE
DISCAPACIDAD	Ninguna,

DIETA	OTRAS
CUAL	NP3
AISLAMIENTO	Ninguno,
OXIGENOTERAPIA	
FECHA TRATAMIENTO	
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	- CABAMAZEPINA 200 MG, UNA CADA 8 HORAS -ESCITALOPRAM TAB 20 MG, UNA CADA MAÑANA -RISPERIDONA 1 TAB CADA NOCHE -LEVOMEPROMAZINA GOTAS, 2 GOTAS EN LA MAÑANA, 2 GOTAS EN LA TARDE Y 6 GOTAS EN LA NOCHE

ESPECIALIDAD	MEDICINA PEDIATRICA				
VACUNACION				VACUNA COVID-19	
PESO INICIAL	41 KG	PESO FINAL			
OBSERVACIONES APOYO DX:					

PENDIENTES:	DX MEDICO: TRANSTORNO DE LA CONUCTA EVASION INSTITUCION MENTAL CONSUMO DE SPA CUIDADOS DE ENFERMERIA: *ALTO RIESGO DE FUGA* VIGILAR AUTO Y HETEROAGRESIÓN VIGILAR ESTADO DE CONCIENCIA Y AGITACIÓN ACOMPAÑANTE PERMANENTE BARANDAS ELEVADAS CSV, AC PENDIENTES: VX PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA, T.SOCIAL
PREPARACIONES	\N\N\N\N\N\N

SOAPIE

SUBJETIVO	"TRAIDO DE FUNDACIÓN"
OBJETIVO	PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, TOLERANDO VIA ORAL, SIN REQUERIEMTINO DE OXIGENO SUPLEMENTNIAOR
ANALISIS	ANSIEDAD R/C CRISIS SITUACIONAL
PLAN	MEJROAR ESTADO GENERAL DEL PACIENTE
INTERVENCION	*ALTO RIESGO DE FUGA* VIGILAR AUTO Y HETEROAGRESIÓN VIGILAR ESTADO DE CONCIENCIA Y AGITACIÓN
EVALUACION	PACIENTE A LA ESPERA DE VALORACION POR EQUIPO PSICOSOCIAL Y DEIFNIR CONDUCTAS ADICIONALES DE MANEJO EL DIA DE MAÑANA EN RONDA MEDICA.

ARENAS GOMEZ SOFIA

Sofia Arenas G. 1094961889

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

SOLICITUD DE DIETAS

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS		**Identificación:**	1061751446	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	04/septiembre/2010	**Edad Actual:** 14 Años / 10 Meses / 19 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO		**Teléfono:**	3104478287	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 74** **(Fecha: 22/07/2025 02:13 a. m.)** **Folio Asociado: 61**

Responsable:	JUAN DAVID FRANCO	**Teléfono Resp:**	3104478287
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2733988 **Fecha:** 21/07/2025 4:12:06 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Numero cama:**	110

HORARIO	
DESAYUNO	SI
DIETA	NP 3
REFRIGERIO	NO
DESECHABLE	NO
TBC	NO
FONO	NO

HORARIO	
ALMUERZO	SI
DIETA	NP 3
REFRIGERIO	NO
DESECHABLE	NO
TBC	NO
FONO	NO

HORARIO	
COMIDA	SI
DIETA	NP 3
REFRIGERIO	NO
DESECHABLE	NO
TBC	NO
FONO	NO

OBSERVACIONES (FAVOR REGISTRAR GUSTOS Y PREFERENCIAS DEL PACIENTE)

Profesional: MARIN BELTRAN DIANA CAROLINA DE DIOS
Especialidad: ENFERMERA JEFE
R.M: 1094977510

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

22/07/2025 9:05:24 a. m.

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS **Identificación:** 1061751446 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 04/septiembre/2010 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: FUNDACION EL FARO **Teléfono:** 3104478287
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 75** **22/07/2025 9:05:24** **Cama110**

Responsable: JUAN DAVID FRANCO **Teléfono Resp:** 3104478287
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2733988 **Fecha:** 21/07/2025 16:12:06
Finalidad Consulta: Valoracion_integral_para_la_promocion_y_mantenimiento **Causa Externa:** Enfermedad_general

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

Análisis Subjetivo:

INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL "ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEENTES YA CONOCIDOS, QUIEN SE ENCUENTRA BAJO PROTECCION DE ICBF EN HOGAR EL FARO DESDE EL DIA 29.06.2025 CON MULTIPLES EVASIONES DEL LUGAR, ADEMAS DE ALTERACIONES EN LA CONDUCTA. EN EL MOMENOT CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, TOLERANDO VIA ORAL, SE INDICA TRASLADO A OBSERVACIÓN. SE SOLICITA VALORACIÓN POR UNIDAD MENTAL. SE EXPLICA CONDUCTA A LA MADRE, QUIEN REFIERE COMPNDER Y ACEPTAR"

Análisis Objetivo:

VALORACION POR TRABAJO SOCIAL

Tratamiento:

PACIENTE DE 14 AÑOS, CONSCIENTE, FUNCIONAL Y UBICADO EN ESPACIO Y TIEMPO, SE OBSERVA EVITATIVO, NO CONTACTO VISUAL, Y POCO RECEPTIVO, PACIENTE RE CONSULTANTE EN LA INSTITUCIÓN, POR EVASIONES DE LA INSTITUCIÓN EN AL QUE SE ENCUENTRA (FARO), EL PACIENTE MANIFIESTA QUE LLEVA 3 MESES EN LA INSTITUCIÓN Y SE EVADE CONSTANTEMENTE PARA IR A CONSUMIR SPA, (MARIGUANA Y PERICO), PACIENTE MANIFIESTA NO SER CAPAZ CON LA ADICCIÓN, EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA CON UNA CUIDADORA DE LA INSTITUCIÓN FARO. LA FAMILIA (MADRE) DEL PACIENTE RESIDE ACTUALMENTE EN EL BARRIO PATIO BONITO.

Respuesta:

SE INFORMA AL PACIENTE Y CUIDADORA QUE SE ENVÍA REPORTE A ICBF, INFORMANDO QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN LA INSTANCIA HOSPITALARIA PACIENTE CON RED DE APOYO FAMILIAR DÉBIL
YOLIMA ROMERO (CUIDADORA INST. FARO) 3217491659
MADRE DEL PACIENTE 3206959736

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F918	OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Jessica M. Marin H.

Profesional: MARIN HERNANDEZ JESSICA MARIA
Especialidad: TRABAJO SOCIAL
R.M: 1098308098

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS **22/07/2025 9:14:35 a. m.**

N° Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS **Identificación:** 1061751446 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 04/septiembre/2010 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: FUNDACION EL FARO **Teléfono:** 3104478287
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 76** **22/07/2025 9:14:35** **Cama110**
Responsable: JUAN DAVID FRANCO **Teléfono Resp:** 3104478287
Dirección Resp: **N° Ingreso:** 2733988 **Fecha:** 21/07/2025 16:12:06
Finalidad Consulta: Valoracion_integral_para_la_promocion_y_mantenimiento **Causa Externa:** Enfermedad_general

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

Análisis Subjetivo:

MOTIVO DE CONSULTA
"VADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEENTES YA CONOCIDOS, QUIEN SE ENCUENTRA BAJO PROTECCION DE ICBF EN HOGAR EL FARO DESDE EL DIA 29.06.2025 CON MULTIPLES EVASIONES DEL LUGAR, ADEMAS DE ALTERACIONES EN LA CONDUCTA. EN EL MOMENOT CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, TOLERANDO VIA ORAL, SE INDICA TRASLADO A OBSERVACIÓN. SE SOLICITA VALORACIÓN POR UNIDAD MENTAL. SE EXPLICA CONDUCTA A LA MADRE, QUIEN REFIERE COMPNDER Y ACEPTAR"

Análisis Objetivo:

PX AMBULANTE, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO ALO Y AUTOPSIQUIAMENTE, LENGUAJE VERBALDISARTRICOO, MEMORIA ESTABLE, PENSAMIENTO CON LENTIFICACION Y CON POBRE CONTENIDO, AFECTO PLANO, NO ALTERACION SENSOPERCEPTUAL, JUICIO Y RACIOCINIO EN ADQUISICION.
PX QUE APARENTA SU EDAD CRONOLOGICA

Tratamiento:

SE GENERA ESCUCHA ACTIVA, IDENTIFICACION DE DIALOGO Y DISCURSO, ACEPTACION Y VALIDACION EMOCIONAL, ESPACIO DE EXPRESION EMOCIONAL.
SE REALIZA INTERVENCION BREVE ANTE ESTADOS COGNITIVOS PRESENTES QUE GENERAN MALESTAR, SE GUIAN TECNICAS CONGNTIVA Y CONDUCTUALES QUE PERMITAN EL MANEJO DEL AUTOCONTROL, SE REFUERZA EL APOYO EN LOS CUIDADORES ANTE LA PRESENCIA DE ALTERACION Y ESTADOS DE ABSTINENCIA.
SE DAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA POR SALUD MENTAL Y SI SE PRESENTAN CONSULTAR POR URGENCIAS MEDICAS.
-MENOR QUE DEBE INICIAR PROCESO PSICOTERAPEUTICO AMBULATORIO POR SU EPS.

Respuesta:

PX MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD, CONSULTANTE RECUREENTE DE LA INSTITUCION, MENOR QUE SE ENCUENTRA BAJO PROTECCION DE FUNDACION FARO, CON CONSUMO DE SPA THC Y PERICO.
MENOR QUE SE EVADE DE LA FUNDACION PARA GENERAR CONSUMO DE SPA, POR LO TANTO INGRESA A LA INSTITUCION PARA MANEJO POR SALUD MENTAL.
EN VX PX EUTIMICO, EUQUINETICO, EUPROSEXICO, CON DETERIORO COGNITIVO E INTELECTUAL QUE GENERA DIFICULTAD EN SUS FUNCIONES EJECUTIVAS Y EN SUS RESPUESTAS EN EL ENTORNO SOCIAL, ADEMAS CON ESTADOS DE ABSTINENCIA, MENOR CON POBRE INTROSPECCION Y PROSPECCION.

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F911	TRASTORNO DE LA CONDUCTA INSOCIABLE
Presuntivo	F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS

Profesional: LEON LOPEZ JUAN SEBASTIAN
Especialidad: PSICOLOGIA
R.M: 1094958744

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

Fecha Actual : viernes, 25 julio 2025
Pagina 1/1

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS **22/07/2025 9:32:27 a. m.**

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS **Identificación:** 1061751446 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 04/septiembre/2010 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: FUNDACION EL FARO **Teléfono:** 3104478287
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 77** **22/07/2025 9:32:27** **Cama110**
Responsable: JUAN DAVID FRANCO **Teléfono Resp:** 3104478287
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2733988 **Fecha:** 21/07/2025 16:12:06
Finalidad Consulta: Otra **Causa Externa:** Enfermedad_general

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

Análisis Subjetivo:

---- Valoración por psiquiatría /// Unidad de salud mental urgencias---

NOMBRE: Oscar Felipe Chamorro
EDAD: 14 años
ORIGEN: Armenia Quindío
PROCEDENCIA: Armenia Quindío
ESTADO CIVIL: soltero
VIVE CON: madre y padrastro// actualmente en FARO
ESCOLARIDAD: sexto
OCUPACIÓN: cesante
Al momento de la valoración se encuentra con: Yolima Romero (cuidadora)

Motivo de interconsulta
" dificultades conductuales, consumo y reingreso a FARO"

Enfermedad actual:
Se trata de un adolescente de 15 años de edad ya conocido en la institución, con una historia de consumo de sustancias psicoactivas en patrón de dependencia en asociación a un trastorno de la conducta disocial, nuevamente se activa ruta para atención integral de salud mental

Oscar Felipe inicio el consumo de sustancias psicoactivas a los 13 años mencionando que se dio en un contexto social " mis amigos me obligaron" , aumentando progresivamente en la actualidad consúmeme al menos 5 baretos , 5 gr de cocaína diaria e inhalantes de forma diaria . Acusa que obtiene gratificación de estos y esta es su motivación para obtener las sustancias , tiene conductas de calle y se le dificulta acatr la norma

Respecto a su funcionamiento menciona que persuade constamente para que las demás personas se adaptasen a sus necesidades, se frustra con facilidad , es impulsivo y usa la hetero agresividad para atemorizar a sus familiares . , Hurta para obtener los recursos " salgo a robar con cuchillo y también amenacé a mi mama, niega culpa por los actos realizados.
Reconoce actos como trangesores " yo se que lo que hago esta mal"
Niega síntomas afectivos, niega ideas de muerte o suicidio , niega alteraciones sensoperceptivas
En el momento posterior a charla motivacional el paciente se niega a un proceso de deshabituación de sustancias psicoactivas " no quiero"

ANTECEDENTES PERSONALES:
PATOLÓGICOS: niega
FARMACOLÓGICOS: niega
ALÉRGICOS: niega
QUIRÚRGICOS :niega
TÓXICOLOGICOS: consumo de cannabis y cocaína
FAMILIARES: niega

Análisis Objetivo:

EXAMEN MENTAL:
paciente que ingresa al consultorio caminando por sus propios medios, se dispone a la entrevista, aparenta la edad cronológica, luce limpio y organizado, establece contacto visual y verbal. Actitud colaboradora. no actitud alucinatoria.
psicomotor: euquinetico
afecto: eutímico.
pensamiento: Curso: coherente, relevante, intervalo pregunta – respuesta adecuada, volumen de voz intermedio, adecuada producción ideoverbal. Contenido: no verbaliza ideas delirantes, niega ideas de muerte o suicidio, niega ideas de auto o heteroagresión. forma lógica
sensopercepción: sin alteraciones.
sensorio: alerta, orientado en las 3 esferas, euproséxico, eumnesico, eucalculia, tendiente al concretismo
juicio de la realidad conservado

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

22/07/2025 9:32:27 a. m.

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS
Identificación: 1061751446 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 04/septiembre/2010 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: FUNDACION EL FARO **Teléfono:** 3104478287
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

Tratamiento:

--Salida por psiquiatría .
--Risperidona sol oral 1mg/ ml, dar 10 gotas cada 12 horas , vía oral.
--Acido valproico cap 250 mg cada 12 horas , vía oral.
--Levomepromazina sol oral 4% , dar 4 gotas en la mañana , 4 gotas en la tarde y 10 gotas en la noche
-- Gabapentina cap 300 mg cada 12 horas , vía oral
-- Control con psiquiatría pediátrica en 15 días
-- Psicoterapia quincenal por psicología
-- Se solicitan pruebas neuropsicológicas # 5

RECOMENDACIONES GENERALES:
debe mantener horarios regulares para dormir y para las comidas
se recomienda ejercicio regular según capacidades
se recomienda involucrarse en actividades que generen placer no auto destructivas según posibilidades
se recomienda no consumir bebidas con estimulantes o cafeína y disminuir y/o suspender el consumo de café
se recomienda no consumir cigarrillo y no consumir alcohol, debe acudir a controles con psiquiatría)
se dan signos de alarma para re consultar a urgencias psiquiátricas: ideas de muerte o suicidio, auto agresión o agresión a terceros, empeoramiento sintomático a pesar de tratamiento adecuado y cambios realizados por consulta externa, ideas delirantes o síntomas psicóticos que pongan en peligro su integridad física, económica o psicológica, se entrega formula y se indica control con psiquiatría

Respuesta:

Se trata de un adolescente de 14 años , con dificultades en el seguimiento de las normas sociales y conductas francamente transgresoras como el " hurto" y el amedrantamiento a terceros con armas cortopunzantes , durante la entrevista reconoce lo disruptivo de sus actos , sin embargo, no muestra arrepentimiento lo que nos sugiere un trastorno de la conducta disocial . En el momento s in alteraciones en el curso, contenido y forma del pensamiento con un juicio de la realidad ajustado es decir que los actos que realiza tienen un alto componente volitivo. Esto mas que requerir una internación en salud mental , requiere un abordaje legal.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en el momento no presenta síntomas ni signos clínicos de abstinencia, si no gran avidez y gratificación por esta por lo que se ofrece la opción de deshabituarse , sin embargo, el paciente la rechaza

No encuentro psicosis , no hay síntomas afectivos, no ideas de muerte o suicidio que ameriten una internación por nuestra especialidad , se indica medicación con la finalidad de disminuir la impulsividad y lka aviodez de consumo

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F911	TRASTORNO DE LA CONDUCTA INSOCIABLE
Presuntivo	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE DEPENDENCIA
Presuntivo	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDROME DE DEPENDENCIA

Maira Alejandra Ochoa Cano.

Profesional: OCHOA CANO MAIRA ALEJANDRA
Especialidad: PSIQUIATRIA
R.M: 1094895135

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

MEDICAMENTOS / EXAMENES / REFERENCIA/ SERVICIO HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 1061751446

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS
Identificación: 1061751446 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 04/septiembre/2010 **Edad a la fecha del folio:** 14 Años \ 10 Meses \ 16 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: FUNDACION EL FARO **Teléfono:** 3104478287
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: LA NUEVA EPS S.A. **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 78** **22/07/2025 10:05:56** **Cama:110**

Responsable: JUAN DAVID FRANCO **Teléfono Resp:** 3104478287
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2733988 **Fecha:** 21/07/2025 16:12:06
Finalidad Consulta: Otra **Causa Externa:** Enfermedad_general

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F911	F911 - TRASTORNO DE LA CONDUCTA INSOCIABLE

INDICACIONES MEDICAS

Salida

PACIENTE YA VALORADO POR EQUIPO DE SALUD MENTAL QUIENES INDICAN EGRESO

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

Jennifer Santa P.

Profesional: SANTA PEDRAZA JENNIFER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
R.M: 1094935345

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1

Tel: 3176679751 Calarca Q.

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

No. **FSR1326**

INFORMACION DEL PROVEEDOR

YOLIGMA ROMERO PULIDO

NI No. : 24579421-0

DIRECCION : MZ E CA 1 BRR LUIS CARLOS GALAN

TELEFONO :

CIUDAD : CALARCÁ **PAIS :** Colombia

FECHA

31/07/2025

TOTAL

$ 117.957,00

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
51701203	FSR1326 YOLIGMA ROMERO LAURA SOFIA	1	$ 117.957,00	$ 117.957,00

FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
CxP # 1	Vence: 30/08/2025	$ 117.957,00

VALOR (en letras) : CIENTO DIECISIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

Observaciones

Autorizacion de Numeracion de Facturacion Dian tipo documento soporte No 18764080800199 expedida 02/10/2024 rango desde 882 hasta 5000 prefijo DSR vigencia 02/10/2025

Aprobado

RECIBI

C.C. O NIT.

Sello de firma:

gYjDwvF5QY1P6gqPB4mhSAcXq6fBKNBxAuvfl6Rs0OLelPEpNzQKi+bfm3guXYKuyS27owTBRSQFpmBEGdDcW2Lfl5EYNcp1lkSplNIAtsLntEJiauH2OTYX9
uKlk6Uvb2FiLeggCFXu84TAvlOpLFoaE0SMYIMaXAyIMTfHfB9MgP6ol1TDMI2nQwQ9PhK0K5rKnB509zyNiqO6z2ozfLhxH8/w4aMWl+KKjl3uJJLiRTnMRRF
CQzX+3Tv9Y+0V5FclOGYb5mGUsGVg4zQg3dpQPq4LBYgmR4TISRNgtCvRnGY6otoHE6mMbANSH3lQnuLaMgFwUwdgfFcVHUKAA==

CUDS: 3f44c6bfc5be848ec54fc6a96d1f0731ccc65071cc8ef95850b1138e99194ff21a25ec6fbaad0088c75285f43476f54c

Fecha emisión: 2025-07-31 16:52:26 **Fecha validación DIAN:** 2025-07-31 16:52:32-05:00

Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

Armenia Quindío, 29 de julio del 2025

LA FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO

NIT: 800034694-1

DEBE A:

YOLIGMA ROMERO PULIDO
Identificada con cedula de ciudadanía N°. 24.579.421

LA SUMA DE $117.957
CIENTO DIEZ Y SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/C

Lo anterior por concepto de acompañamiento hospitalario del adolescente LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO de la sede San Rafael

Cordialmente,

Yoligma

YOLIGMA ROMERO PULIDO
CC. 24.579.421

DOCTORA:
JHOVANA ZAPATA HENAO
Centro Zonal Armenia Sur
ICBF QUINDIO
Cordial Saludo
De manera muy respetuosa le envio la relacion de usuarios atendidos por nuestra institucion

Contratista:	FUNDACION FAMILIAR FARO - SEDE SAN RAFAEL
Modalidad:	INTERNADO RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
No Contrato:	6300-198-2025

No	No SIM	USUARIO	Edad	SEXO	Fecha de Ingreso SEGÚN EPICRISIS	Fecha de Egreso SEGÚN EPICRISIS	No de dias atendidos con acompañamiento	Defensor	Municipio donde se atiende
1	33685956	LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO	10	FEMENINO	14/07/2025	15/07/2025	2	Julian David Correa	ARMENIA

VALORES DE ACOMPAÑAMIENTO 2024

HORA	VALOR
DIURNA	$ 6.500
NOCTURNO	$ 8.773
DOMINICAL DIURNO	$ 11.373
DOMINICAL NOCTURNO	$ 13.648

Item	Fecha	Dia	Horas				Ordinarios				Dominicales y Festivos				SUBTOTAL	PERSONA QUIEN REALIZA EL ACOMPAÑAMIENTO
							Diurnas		Nocturna		Diurnas		Nocturna			
			Inicio	m/P.	Final	m/P.	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor		
1	14/07/2025	LUNES	5	PM	6	AM	4	$ 26.000	9	$ 78.957		$ -		$ -		YOLIGMA ROMERO
2	15/07/2025	MARTES	6	AM	8	AM	2	$ 13.000		$ -		$ -		$ -		YOLIGMA ROMERO
3								$ -		$ -		$ -		$ -		
4								$ -		$ -		$ -		$ -		
5								$ -		$ -		$ -		$ -		
6								$ -		$ -		$ -		$ -		
7								$ -		$ -		$ -		$ -		
8								$ -		$ -		$ -		$ -		
9								$ -		$ -		$ -		$ -		
10								$ -		$ -		$ -		$ -		
11								$ -		$ -		$ -		$ -		
							6	$ 39.000	9	$ 78.957	0	$ -	0	$ -	$ 117.957	

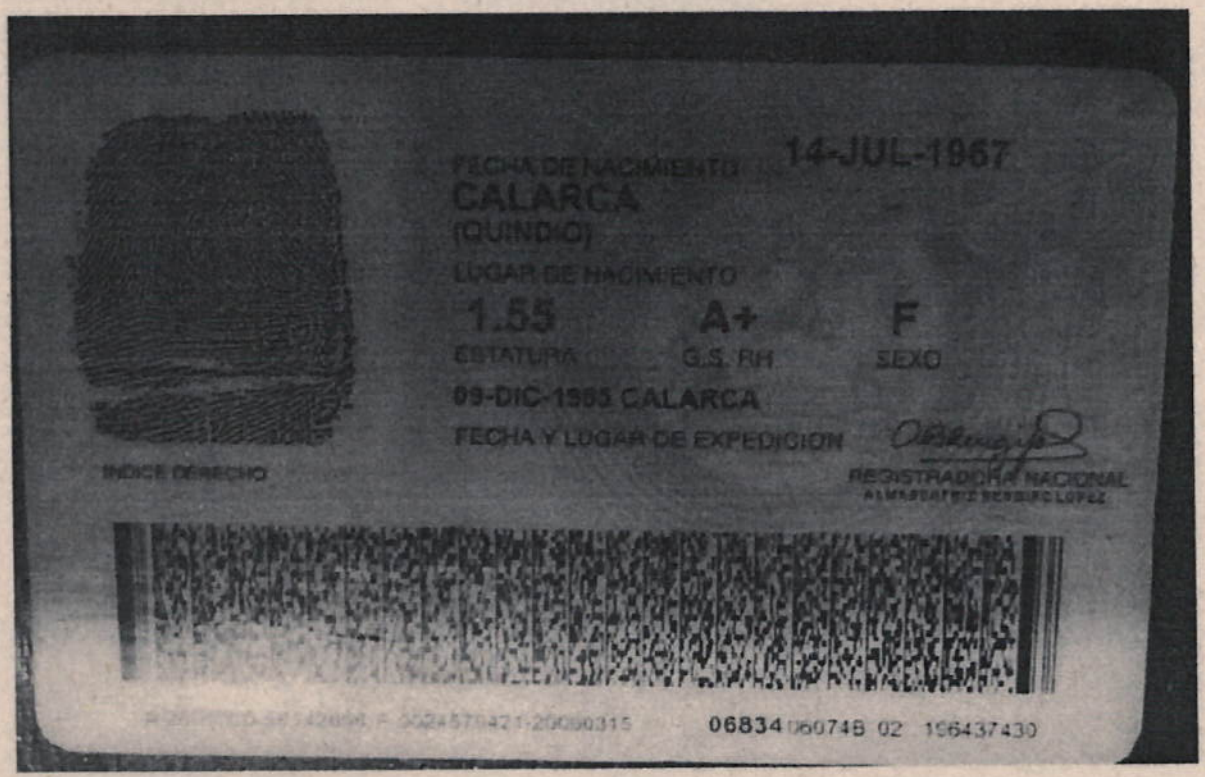
*En el primer cuadro se deben consignar todos los datos de las horas de inicio laborales, siendo AM o PM, según corresponda, en la hora final se diligencia la hora de salida de la persona quien realiza el acompañamiento siendo de igual forma AM o PM

*Para el siguiente cuadro se consignan los días ordinarios siendo diurnos o nocturos, este en la casilla valor se encuentra formulado con el cuadro de valores de acompañamiento, se debe diligenciar el total de las horas realizadas según corresponda, si es diruna o nocturna

* Para este cuadro se relaciona teniendo en cuenta si los días que se realiza el acompañamiento son dominicales o festivos, teniendo en cuenta si son dirunos o nocturnos.

Se debe tener en cuenta que la ley laboral nos indica que el la hora diurna es desde las 6 AM A 9 PM


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
24.570.421
APELLIDOS
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
14-JUL-1967
CALARCA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
09-DIC-1985 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
06834 060748 02 196437430

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 14669711661

5. Número de identificación Tributaria (NIT): 2457942 1 — 0

6. DV

12. Dirección seccional: 1

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

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

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía: 1 3

26. Número de identificación: 2 4 5 7 9 4 2 1

27. Fecha expedición: 1 9 8 5 1 2 0 9

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Quindío: 6 3

30. Ciudad/Municipio: Calarcá: 1 3 0

31. Primer apellido: ROMERO

32. Segundo apellido: PULIDO

33. Primer nombre: YOLIGMA

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA: 1 6 9

39. Departamento: Quindío: 6 3

40. Ciudad/Municipio: Calarcá: 1 3 0

41. Dirección principal: MZ E CA 1 BRR LUIS CARLOS GALAN

42. Correo electrónico: yromero952@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 5 4 9 8 5 9 6 1

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 9 1 1 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

48 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 9 1 1 0 1

La información suministrada a través de formularios únicos de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en virtud de constituir mediante el aporte de los datos suministrados las declaraciones administrativas semicualificadas de suspensión, según el artículo [illegible] del Decreto [illegible] de 2016.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.2 del Decreto [illegible] de 2016

Firma del solicitante: Yoligma Romero Pulido

Soy depositario de las actuaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:

Nombre: CARDONA QUINTERO ANGY PAMELA

Cargo: Dealer

Fecha generación documento PDF: 01-11-2019 08:54:03AM

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F4.P13.P	31/12/2020
	CERTIFICACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO	Versión 2	Página 1 de 1

EL(A) COORDINADOR(A) DEL CENTRO ZONAL MARIANA PINZON OVALLE DE PROTECCION ARMENIA SUR

CERTIFICA QUE

YOLIGMA ROMERO PULIDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No **24.579.421** realizó acompañamiento hospitalario a **LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO** desde el **14/07/2025 hasta el 15/07/2025.**
Que según consta en los documentos adjuntos (informes de los equipos de la Defensoría de Familia o del Centro Zonal que realizan seguimiento al niño en su internamiento hospitalario), el acompañamiento se realizó de la siguiente manera:

Fecha	Jornada	Total Horas
14 DE JULIO	Diurna	4
14 DE JULIO	Nocturna	9
15 DE JULIO	Diurna	2

La presente se expide en la ciudad de **Armenia – Quindío**, dirigida a la Dirección de Protección **ARMENIA SUR**, a los 29 días del mes julio del año **2025**.

Cordialmente,

Firma Mariana Pinzón Valle
Nombre _____
Coordinador(a) centro Zonal _____
Anexo: _____ folios

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO MODALIDAD RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	F5.P13.P	31/12/2020
		Versión 1	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **JULIAN DAVID CORREA**– **COMISARIO DE FAMILIA**, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO DE 10 AÑOS**, identificada con CC # **1097729672** quien se encuentra ubicada en **LA FUNDACION FARO PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, SEDE SAN RAFAEL.**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO de 10 años** el que será realizado durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ARMENIA.**

La presente se expide en la ciudad de Armenia a los treinta (29) días del mes de julio del año 2025.

Cordialmente,

FIRMA Mariana Pinzón Calle

Nombre: _____

Cargo: **Coordinación Centro Zonal Protección Sur**

Faro	**FUNDACION FAMILIAR FARO - SEDE SAN RAFAEL**

Armenia - Quindio, julio 29 de 2025

Cordial saludo,

De manera atenta se relaciona a continuación N° SIM asignado al proceso PARD del beneficiario LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO, identificada con 1097729672 con la cual se activo rubro de emergencia para acompañamiento hospitalario.

USUARIO	No SIM	No IDENTIDAD
LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO	33885956	1.097.729.672

Cordialmente,

_____

Luis Edier Usma Osorio
Coordinador
Sede FARO San Rafael

Gmail

San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org>

SOLICITUD AUTORIZACION ACTIVACION RUBRO 112

3 mensajes

San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org> 14 de julio de 2025, 4:59 p.m.
Para: Jhovana Zapata Henao <Jhovana.Zapata@icbf.gov.co>, "Comisaria de Familia montenegro-quindio.gov.co" <cfamilia@montenegro-quindio.gov.co>

Armenia -Quindio

Dr.
JULIAN DAVID CORREA
Comisario de Familia Montenegro

Cordial saludo,

De manera atenta nos dirigimos a usted, con el fin de solicitar su aprobación para activación del rubro de acciones complementarias 112, ya que se activó ruta de atención en salud a la beneficiaria ***LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO*** identificada con número de documento TI 1.097.729.672 quien fue ubicado el dia 20 de junio del año en curso.

La beneficiaria fue valorada por médico y determinó hospitalización en observación, lo que implica que durante el tiempo de permanencia en esta entidad de salud, se debe garantizar acompañamiento 24 horas, como se observa en remisión adjunta, por lo anterior, respetuosamente, requerimos de su autorización para proceder con acompañamiento hospitalario.

Se adjunta Historia Clínica donde da evidencia del acompañamiento permanente que debe tener el beneficiario en la unidad de salud.

Agradecemos de antemano la atención, quedando prestos a una pronta respuesta.

Cordialmente,

Equipo Interdisciplinario

Internado Restablecimiento de Derechos
Fundación Faro - Sede San Rafael
Cel: 3174280741

Faro

Orden de cuidadora Laura Sofia.pdf
537K

Jhovana Zapata Henao <Jhovana.Zapata@icbf.gov.co> 14 de julio de 2025, 5:22 p.m.
Para: San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org>, cfamilia <cfamilia@montenegro-quindio.gov.co>
CC: Liliana Judith Suarez Beltran <Liliana.Suarez@icbf.gov.co>

Buenas Tardes

Reciba un Saludo de PAZ

Dando respuesta a su solicitud y considerando los soportes remitidos por la entidad de Salud, desde la supervisión se avala la activación de Rubro 112, en favor de la beneficiaria ***LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO***, se da la autorización sin soporte de aval de la autoridad administrativa considerando los art. 8 y 27 del CIA. Sin embargo,

agradezco a la autoridad administrativa por favor remitir su autorización, dado que desde la supervisión de contrato se desde contar con este soporte como lo contempla el memorando No: 20222000000176383 del 2022-10-27.

Muchas Gracias por su atención

Quedo atenta a sus inquietudes

BIENESTAR FAMILIAR

Jhovana Zapata Henao
Profesional Especializado
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Quindío
Cra 23 Calles 3 y 4 Armenia Quindío
Teléfono: 6014377630 Ext. 612019
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información **CLASIFICADA**

[Texto citado oculto]

Orden de cuidadora Laura Sofia.pdf
537K

San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org> 29 de julio de 2025, 8:00 a.m.
Para: Mariana Pinzon Ovalle <Mariana.Pinzon@icbf.gov.co>

Buenas tardes Mariana, cordial saludo,

Hago envío de los formatos f4 y f5 del rubro 112 de Yoligma Romero Pulido por el acompañamiento hospitalario del beneficiario LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO con los correspondientes correos de autorización adjuntos.
Muchas gracias.

Cordialmente,

Nicolás Gómez Orozco
Auxiliar Administrativo

Internado Restablecimiento de Derechos
Fundación Faro - Sede San Rafael
Cel: 3174280741

[Texto citado oculto]

2 archivos adjuntos

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1097729672

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO			**Identificación:**	1097729672 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	15/junio/2015	**Edad a la fecha del folio:**	9 Años \ 7 Meses \ 17 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	CARRERA 30 NM 43			**Teléfono:**	3017877508
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 34** **31/01/2025 17:04:31**

Responsable:	BEATRIZ	**Teléfono Resp:**	3017877508
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2653146 **Fecha:** 31/01/2025 16:29:30
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA

" SE PEGA CON TODO , SE QUEIRE VOLAR "

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 9 AÑOS 7 MESES TRADIA POR PEDAGOGA DE FUNDACION JUAN XXIII , SE ENCUETRAEN ETSA DESDE EN NOV 2024 , POR NEGLICENIDA FAMILIARA ? , PACIENTE CONSUME SPA ? (MRIHUANA) , EN FUNDACION CON VARIOS INTENTOS DE FUGA , HETEROAGRESIVIDAD , AUTOLESIONES "SE AHORCA ", ADICONALMENTE SE MUERDE SE HALA EL PELO , SE PEGA CON LAS PAREDES SILLA Y PISO , HOY CON MUTIPLES EPSISODIOS QUE SE AUTOLIMITAN , TIENE RECIENTE HOSPITALIZAICON EN CLINCIA EL PRADO DESDE 16 ENERO HASTA EL 28 ENERO DONDE REFIEREALUCIONACIONES AUDITICVAS ADICIONALEMNETE . AHORA SE ENCUENTRA EN MANEJO FARMACOLOGICO CON CLONIDINA , ACIDO VALRPICO , FLUOXETINA , HIDROXICINA , ARIPIPRAZOL .

OTROS SINTOMAS ASOCIADOS

ANTECEDENTES
PATOLÓGICOS NIEGA
QUIRÚRGICOS NIEGA
ALÉRGICOS NIEGA
FARMACOLÓGICOS NIEGA
INMUNOLÓGICOS PAI COMPLETO PARA LA EDAD
HOSPITALIZACIONES NIEGA

EXAMEN FISICO

CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA: ALERTA, INTERACTUANDO CON EL MEDIO, NO IRRITABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA PACIENTE ESTABLE YTARQNUILA EN EL MOMENTO

SIGNOS VITALES

Tension Arterial:	1	/	1	mm/hg	**Tension Arterial Media:**	100		**Frecuencia Cardiaca:**	120	x min	
Frecuancia Respiratoria:	233	x min		**Temperatura:**	36	°C	**SP02:**	98	%		
Peso:	40	Kg	**Talla:**	1	Cm	**Indece de Masa Corporal:**	40.000.000	**Escala del dolor Pediatria**		0 - Sin dolor	

EXAMEN DE CABEZA

NORMOCEFALO

EXAMEN DE OJOS

PINRNAL

EXAMEN DE OIDOS

OTOSCOPIA BILATERAL PERMEABLE CON MEMBRANA TIMPÁNICA ÍNTEGRA Y SANA.

EXAMEN DE NARIZ

NORMAL

EXAMEN ORAL

MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE SANA, NO ERITEMATOSA, NO PLACAS FARINGEAS NI TONCILARES, NO CIANOSIS LABIAL. PALADAR ÍNTEGRO.

EXMEN DE CUELLO

MÓVIL NO DOLOROSO, SIN ADENOPATÍAS, NI MASAS.

EXAMEN DEL DORSO

SIN ALETARCIONES

EXAMEN DE TORAX

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS PEDIATRIA

N° Historia Clínica: 1097729672

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO			**Identificación:** 1097729672	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	15/junio/2015	**Edad a la fecha del folio:**	9 Años \ 7 Meses \ 17 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	CARRERA 30 NM 43			**Teléfono:**	3017877508
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

TÓRAX NORMOCONFIGURADO, EXPANSIÓN SIMETRICA,NO RETRACCIONES, SIN USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS. RUIDOSCARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR DE ADECUADA INTENSIDAD, SIN SOBREAGREGADOS.

EXAMEN DEL ABDOMEN

RUIDOS INTESTINALES PRESENTES Y NORMALES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS PALPABLES.

EXAMEN DE EXTREMIDADES

RUIDOS INTESTINALES PRESENTES Y NORMALES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS PALPABLES.

EXAMEN DE PIEL

SIN LEISONES

EXAMEN MENTAL

PACINETE NO REFIETE MICHO AL INTERROGATORIO , SOLO DICEQUE QEUIQRE HABLR CON EL PSIQUIATRA , EN EL MOMENTO TRAQUILA .

EXAMEN GENITOURINARIO

NO EVALUADO

EXAMEN NEUROLOGICO

SIN DEFICIT

GLASGOW

Respuesta Ocular:		**Respuesta Verbal:**	
Respuesta Motora:		**Puntuacion:**	**0 / 15**

ESCALA DE VALORACION CLINICA DEL INFARTO CEREBRAL NIHSS

ESTADO DE CONCIENCIA		**NIVEL DE CONCIENCIA "Preguntas"**	
NIVEL DE CONCIENCIA "Ordenes"		**MIRADA**	
CAMPOS VISUALES (Confrontacion)		**PARALISIS FACIAL**	
FUERZA DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES			
FUERZA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES			
ATAXIA DE LOS MIEMBROS		**SENSIBILIDAD**	
LENGUAJE		**DISARTRIA**	
HEMINATENCION Y EXTINCION (NEGLIGENCIA)			

IMPRESION DIAGNOSTICA

ANALISIS

PACIENTE DE 9 AÑOS 7 MESES CON DIAGNOSTICO DE TDHA Y TX DE LA CONDUCTA MIXTO , TRADIA POR PEDAGOGA DE FUNDACION JUAN XXIII , SE ENCUETRAEN ETSA DESDE EN NOV 2024 , POR NEGLICENIDA FAMILIARA ? , PACIENTE CONSUME SPA ? (MRIHUANA) , EN FUNDACION CON VARIOS INTENTOS DE FUGA , HETEROAGRESIVIDAD , AUTOLESIONES "SE AHORCA ", ADICONALMENTE SE MUERDE SE HALA EL PELO , SE PEGA CON LAS PAREDES SILLA Y PISO , HOY CON MUTIPLES EPSISODIOS QUE SE AUTOLIMITAN , TIENE RECIENTE HOSPITALIZAICON EN CLINCIA EL PRADO DESDE 16 ENERO HASTA EL 28 ENERO DONDE REFIEREALUCIONACIONES AUDITICVAS ADICIONALEMNETE . AHORA SE ENCUENTRA EN MANEJO FARMACOLOGICO CON CLONIDINA , ACIDO VALRPICO , FLUOXETINA , HIDROXICINA , ARIPIPRAZOL . SOLCIOT VALORACION POR PSICOLOGIA ,PSIQUIATRIA Y TRABAJO SOCIAL .EXPLICO A ACOMPÑANA CONDUCTA , ENTIENDE Y ACEPTA .

CONDUCTA

PESO 40 KG -- TRANISICION -- SS /VAL PSICOLOGIA , TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGIA. -- REVALORAR

RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

FUENTE DE INFORMACIÓN

FORMULA MÉDICA	No	**PACIENTE**	No	**ACOMPAÑANTE**	No	**HISTORIA CLINICA**	No
EPS		**MÉDICO TRATANTE**	No	**MEDICAMENTO**	No	**PACIENTE ALÉRGICO**	No
Cual (es) Medicamento(s)?							

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CONCILIADOS

Medicamentos/Concentración/Forma Farmacéutica	Dosis	Conducta a seguir	Motivo de Cambios

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1097729672

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO		**Identificación:**	1097729672	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	15/junio/2015	**Edad a la fecha del folio:** 9 Años \ 7 Meses \ 17 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	CARRERA 30 NM 43		**Teléfono:**	3017877508	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

ORDENES MEDICAS

Urgencias_Observacion

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F929	F929 - TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES, NO ESPECIFICADO

SOLICTUD DE INTERCONSULTA

Servicio: OP003 - URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS PEDIATRIA

Especialidad: 591 - PSICOLOGIA

Motivo: PACIENTE DE 9 AÑOS 7 MESES CON DIAGNOSTICO DE TDHA Y TX DE LA CONDUCTA MIXTO , TRADIA POR PEDAGOGA DE FUNDACION JUAN XXIII , SE ENCUETRAEN ETSA DESDE EN NOV 2024 , POR NEGLICENIDA FAMILIARA ? , PACIENTE CONSUME SPA ? (MRIHUANA) , EN FUNDACION CON VARIOS INTENTOS DE FUGA , HETEROAGRESIVIDAD , AUTOLESIONES "SE AHORCA ", ADICONALMENTE SE MUERDE SE HALA EL PELO , SE PEGA CON LAS PAREDES SILLA Y PISO , HOY CON MUTIPLES EPSISODIOS QUE SE AUTOLIMITAN , TIENE RECIENTE HOSPITALIZAICON EN CLINCIA EL PRADO DESDE 16 ENERO HASTA EL 28 ENERO DONDE REFIEREALUCIONACIONES AUDITICVAS ADICIONALEMNETE . AHORA SE ENCUENTRA EN MANEJO FARMACOLOGICO CON CLONIDINA , ACIDO VALRPICO , FLUOXETINA , HIDROXICINA , ARIPIPRAZOL .

Servicio: OP003 - URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS PEDIATRIA

Especialidad: 590 - PSIQUIATRIA

Motivo: PACIENTE DE 9 AÑOS 7 MESES CON DIAGNOSTICO DE TDHA Y TX DE LA CONDUCTA MIXTO , TRADIA POR PEDAGOGA DE FUNDACION JUAN XXIII , SE ENCUETRAEN ETSA DESDE EN NOV 2024 , POR NEGLICENIDA FAMILIARA ? , PACIENTE CONSUME SPA ? (MRIHUANA) , EN FUNDACION CON VARIOS INTENTOS DE FUGA , HETEROAGRESIVIDAD , AUTOLESIONES "SE AHORCA ", ADICONALMENTE SE MUERDE SE HALA EL PELO , SE PEGA CON LAS PAREDES SILLA Y PISO , HOY CON MUTIPLES EPSISODIOS QUE SE AUTOLIMITAN , TIENE RECIENTE HOSPITALIZAICON EN CLINCIA EL PRADO DESDE 16 ENERO HASTA EL 28 ENERO DONDE REFIEREALUCIONACIONES AUDITICVAS ADICIONALEMNETE . AHORA SE ENCUENTRA EN MANEJO FARMACOLOGICO CON CLONIDINA , ACIDO VALRPICO , FLUOXETINA , HIDROXICINA , ARIPIPRAZOL .

Servicio: OP003 - URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS PEDIATRIA

Especialidad: 741 - TRABAJO SOCIAL

Motivo: PACIENTE DE 9 AÑOS 7 MESES CON DIAGNOSTICO DE TDHA Y TX DE LA CONDUCTA MIXTO , TRADIA POR PEDAGOGA DE FUNDACION JUAN XXIII , SE ENCUETRAEN ETSA DESDE EN NOV 2024 , POR NEGLICENIDA FAMILIARA ? , PACIENTE CONSUME SPA ? (MRIHUANA) , EN FUNDACION CON VARIOS INTENTOS DE FUGA , HETEROAGRESIVIDAD , AUTOLESIONES "SE AHORCA ", ADICONALMENTE SE MUERDE SE HALA EL PELO , SE PEGA CON LAS PAREDES SILLA Y PISO , HOY CON MUTIPLES EPSISODIOS QUE SE AUTOLIMITAN , TIENE RECIENTE HOSPITALIZAICON EN CLINCIA EL PRADO DESDE 16 ENERO HASTA EL 28 ENERO DONDE REFIEREALUCIONACIONES AUDITICVAS ADICIONALEMNETE . AHORA SE ENCUENTRA EN MANEJO FARMACOLOGICO CON CLONIDINA , ACIDO VALRPICO , FLUOXETINA , HIDROXICINA , ARIPIPRAZOL .

Andrea Rojas D.

Profesional: ROJAS DIAZ ANDREA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
R.M: 1094960201

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

Fecha Actual : martes, 29 julio 2025
Pagina 1/1

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

31/01/2025 6:20:25 p. m.

Nº Historia Clínica: 1097729672

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO **Identificación:** 1097729672 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 15/junio/2015 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CARRERA 30 NM 43 **Teléfono:** 3017877508
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 35** **31/01/2025 18:20:25**

Responsable: BEATRIZ **Teléfono Resp:** 3017877508
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2653146 **Fecha:** 31/01/2025 16:29:30
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

Análisis Subjetivo:

paciente de 9 años 7 meses con diagnostico de TDAH y TX de la conducta mixto , traida por pedagoga de fundación juan xxiii , se encuentran esta desde en nov 2024 desde entonces ya evaluada y manejada por psioquatria, Pero al parecer sigue presentando problemas de conducta lo que hace que el dia 17 de enero se hospitalizara en clínica prado donde estuvo hasta el 28 se ajusto manejo farmacológico y se dio egreso.
**Hoy nuevamente es traida por nuevo intento de fuga , heteroagresividad , autolesiones presionándolos por que describe quiere estar con su familia.
describen en la historia de ingreso que la menor se intentaba autolesionar con ahorcamiento, se hala el pelo , se pega con las paredes silla y piso , la menor comenta " no se que me pasa es que no quiero estar allá, quiero estar con mi familia, además no me gusta estar con las niñas y quería estar en el lado de donde están los niños grandes allá si todos me caen bien y como no puedo me da rabia"

**en su antecedentes están
trastorno de la conducta- tdha- trastorno mditc de las habilidades escolares- trastorno por consumo de sustancias (impacto thc deficit cognitivo leve t factores de riesgo :- retirada del hogar por negligencia parental.
se reporta en prado 4 hospitalizaciones entre octubre del 2024 a enero del 2025

Análisis Objetivo:

paciente que se encuentra en área de pediatría, en compañia de personal de juan 23 , deambula sin dificultad hasta área donde se va a entrevistar, adecuada presentación personal y de higiene, trae un muñeco abrazad, hace contacto visual con el entrevistador, actitud colaboradora - conducta motora tranquila pero se torna inquieta cuando se le dice que se podria dejar hospitalizada
** afecto modulado para la edad, pensamiento: lógico coherente, relevante, con tiempo pregunta respuesta sin alteracion, en curso del pensamiento se ve concreta para responder ante situaciones del entorno, con impulsos que hacen pierda e control fácilmente, no tiene alteraciones del contenido no se evidencian sintomas delirantes, niega ideas de muerte si ideas prevalentes de no querer estar ni en prado ni en juan 23 y solo de estar con su familia, inteligencia impresiona por debajo del promedio , juicio y raciocinio deficiente ara la edad ci bajo.

Tratamiento:

alta medica

se considera debe continuar con la medicación que ya fue formulada y que apenas hace 3 dias salió

no se cree debe hacerse mas ajustes
se enviara orden para hospital día

Respuesta:

Paciente de 9 años quien tiene dx de retraso mental con deterioro del comportamiento que requiere atencion y tratamiento. además de trastorno opositor desafiante, con múltiples hospitalizaciones desde que entro a protección de bienestar familiar se comentan en prado en el mes de octubre, noviembre diciembre enero y la ultima del 17 al 28 de enero, lo que hace pensar que defnicitavemnete su problemática no se va a mejorar en estando hospitalizada, si no por dificultades en la contencion de donde esta, por lo cual debe realzarse de forma urgente pruebas cognitivas para evaluar el impacto cognitivo y así poder definir cambio de medida ahogar psicosocial donde puedan brindarle mayor contencion ya que en Hospitalar general no se van a realizar cambios en manejo ya descrito y mucho menos despues de llevar prácticamente todo el mes en estancia hospitalaria.

se dará egreso con la misma formulación y recomendaciones para que inicie hospital día en prado

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F929	TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES, NO ESPECIFICADO
Presuntivo	F711	RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMI
Presuntivo	Z637	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTROS HECHOS ESTRESANTES QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

31/01/2025 6:20:25 p. m.

Nº Historia Clínica: 1097729672

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO
Identificación: 1097729672 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 15/junio/2015 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CARRERA 30 NM 43 **Teléfono:** 3017877508
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)
Plan Beneficios: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: REGIMEN SUBSIDIADO



Profesional: OLAVE JARAMILLO MARCELA
Especialidad: PSIQUIATRIA
R.M: 31793817

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

31/01/2025 6:36:12 p. m.

N° Historia Clínica: 1097729672

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO **Identificación:** 1097729672 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 15/junio/2015 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CARRERA 30 NM 43 **Teléfono:** 3017877508
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 36** **31/01/2025 18:36:12**

Responsable: BEATRIZ **Teléfono Resp:** 3017877508
Dirección Resp: **N° Ingreso:** 2653146 **Fecha:** 31/01/2025 16:29:30
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

Análisis Subjetivo:

MOTIVO DE INTERCONSULTA: "PACIENTE DE 9 AÑOS 7 MESES CON DIAGNOSTICO DE TDHA Y TX DE LA CONDUCTA MIXTO , TRADIA POR PEDAGOGA DE FUNDACION JUAN XXIII , SE ENCUETRAEN ETSA DESDE EN NOV 2024 , POR NEGLICENIDA FAMILIARA ? , PACIENTE CONSUME SPA ? (MRIHUANA) , EN FUNDACION CON VARIOS INTENTOS DE FUGA , HETEROAGRESIVIDAD , AUTOLESIONES "SE AHORCA ", ADICONALMENTE SE MUERDE SE HALA EL PELO , SE PEGA CON LAS PAREDES SILLA Y PISO , HOY CON MUTIPLES EPSISODIOS QUE SE AUTOLIMITAN , TIENE RECIENTE HOSPITALIZAICON EN CLINCIA EL PRADO DESDE 16 ENERO HASTA EL 28 ENERO DONDE REFIEREALUCIONACIONES AUDITICVAS ADICIONALEMNETE . AHORA SE ENCUENTRA EN MANEJO FARMACOLOGICO CON CLONIDINA , ACIDO VALRPICO , FLUOXETINA , HIDROXICINA , ARIPIPRAZOL.

Análisis Objetivo:

REALIZAR VALORACION POR EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

Tratamiento:

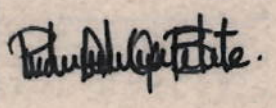
PACIENTE FEMENINA DE 9 AÑOS YA CONOCIDA POR EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL, SE ENCUENTRA DESPIERTA, ALERTA, PARCIALMENTE ORIENTADA, TRANQUILA, CAMINA POR SUS PROPIOS MEDIOS, EN COMPAÑIA DE LA PEDAGOGA BEATRIZ DEL AMPARO DE NIÑOS JUAN XXIII, LA PROFESIONAL REFIERE QUE LAURA SE ENCUENTRA EN JUAN XXIII DESDE NOVIEMBRE DE 2024, EL CASO ES DE LA COMISARIA DE FAMILIA DE MONTENEGRO (JULIAN DAVID CORREA); REFIERE QUE TIENE CONTACTO PERMANENTE CON LA MADRE (MARTHA BUITRAGO) Y CON SUS HERMANOS HEIDY DE 11 AÑOS, JORGE DE 5 AÑOS, DULCE DE 6 AÑOS YMAYCOL DE 17 AÑOS; NO TIENE CONTACTO CON EL PADRE BIOLOGICO YA QUE TIENE ACTIVADA RUTA POR PRESUNTO ABUSO SEXUAL; PACIENTE QUE AUNQUE ES ADHERENTE AL TRATAMIENTO NO SE EVIDENCIA MEJORIA EN SINTOMAS NI EN EL COMPORTAMIENTO, TENIENDO COMO BENEFICIO QUE SE ENCUENTRA BAJO LA PROTECCION DE ICBF SE RECOMIENDA ATENCION BAJO MODALIDAD "APOYO PSICOSOCIAL DISCAPACIDAD".

Respuesta:

PACIENTE BAJO PROTECCION DE ICBF EN MODALIDAD INTERNADO EN JUAN XXIII, SE RECOMIENDA ATENCION EN CENTRO PSICOSOCIAL DISCAPACIDAD.

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F929	TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES, NO ESPECIFICADO



Profesional: OSPINA BUSTAMANTE PAULA ANDREA
Especialidad: TRABAJO SOCIAL
R.M: 2577810301

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS **31/01/2025 6:41:10 p. m.**

N° Historia Clínica: 1097729672

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO **Identificación:** 1097729672 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 15/junio/2015 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CARRERA 30 NM 43 **Teléfono:** 3017877508
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 37** **31/01/2025 18:41:10**

Responsable: BEATRIZ **Teléfono Resp:** 3017877508
Dirección Resp: **N° Ingreso:** 2653146 **Fecha:** 31/01/2025 16:29:30
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

Análisis Subjetivo:

MOTIVO DE CONSULTA
"PACIENTE DE 9 AÑOS 7 MESES CON DIAGNOSTICO DE TDHA Y TX DE LA CONDUCTA MIXTO , TRADIA POR PEDAGOGA DE FUNDACION JUAN XXIII , SE ENCUETRAEN ETSA DESDE EN NOV 2024 , POR NEGLICENIDA FAMILIARA ? , PACIENTE CONSUME SPA ? (MRIHUANA) , EN FUNDACION CON VARIOS INTENTOS DE FUGA , HETEROAGRESIVIDAD , AUTOLESIONES "SE AHORCA ", ADICONALMENTE SE MUERDE SE HALA EL PELO , SE PEGA CON LAS PAREDES SILLA Y PISO , HOY CON MUTIPLES EPSISODIOS QUE SE AUTOLIMITAN , TIENE RECIENTE HOSPITALIZAICON EN CLINCIA EL PRADO DESDE 16 ENERO HASTA EL 28 ENERO DONDE REFIEREALUCIONACIONES AUDITICVAS ADICIONALEMNETE . AHORA SE ENCUENTRA EN MANEJO FARMACOLOGICO CON CLONIDINA , ACIDO VALRPICO , FLUOXETINA , HIDROXICINA , ARIPIPRAZOL ."

Análisis Objetivo:

PTE QUEIN SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA ALO Y AUTOPSIQUICAMENTE, LENGUAJE VERBAL FLUIDO COHERENTE Y ORGANIZADO, MEMORIA ESTABLE, AFECTO MODULABLE, PENSAMIENTO CON RACIONALISMO MORBIDO, NO ALTERACION SENSOPERCEPTUAL EN EL MOMENTO, REALISTA A CONDUCTA PRESENTADA.

Tratamiento:

SE GENERA IDENTIFICACION DE DIALOGO, DISCURSO Y SINTOMAS PERSISTENTES. SE REALIZA IDENTIFICACION DE ACTIVADORES Y GENERADORES DE ALTERACION Y MALESTAR EN SU ESTADO.
SE RECOMIENDA ATENCION Y MANEJO EN UN CENTRO DE ATENCION PSICOSOCIAL, PARA BRINDAR ACOPAÑAMIENTO CONTINUO ANTE SUS SINTOMAS PRESENTES. Y VX POR NEUROPISOCLOGIA PARA TAMIZAJE NEUROCOGNITIVO.

Respuesta:

PTE QUE SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE PEDAGOGA DE FUNDACION JUAN XXIII, PTE EN EL MOMENTO ESTABLE SIN PRESENCIA DE ALTERACION DE LA CONDUCTA O DELIRIOS, REFIEREN QUE EL DIA DE AYER PRESENTO EPISODIOS DE CRISIS, CON SINTOMAS DELIROIDES, CONDUCTA DISRUPTIVA Y EXACERBADA, Y PENSAMIETOS DE MUERTE RECURRENTES. ADEMAS REFIERE TRISTEZA PERSISTENTE DEBIDO A SEPARACION CON SU FAMILIA.

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	Z504	PSICOTERAPIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE



Profesional: LEON LOPEZ JUAN SEBASTIAN
Especialidad: PSICOLOGIA
R.M: 1094958744

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
Tel 3176679751 Calarca Q

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar
No. FSR1325

INFORMACION DEL PROVEEDOR

YOLIGMA ROMERO PULIDO

NI No. : 24579421-0
DIRECCION : MZ E CA 1 BRR LUIS CARLOS GALAN
TELEFONO :
CIUDAD : CALARCÁ PAIS : Colombia

FECHA
31/07/2025

TOTAL
$ 203.414,00

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
51701203	FSR1325 YOLIGMA ROMERO ANGIE MARCELA	1	$ 203.414,00	$ 203.414,00

FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
CxP # 1	Vence: 30/08/2025	$ 203.414,00

VALOR (en letras) : DOSCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS

Observaciones

Autorizacion de Numeracion de Facturacion Dian tipo documento soporte No 18764080800199 expedida 02/10/2024 rango desde 882 hasta 5000 prefijo DSR vigencia 02/10/2025

Aprobado

RECIBI

C.C. O NIT.

Sello de firma:

SGGl33O5ARbPaxDxk7Mug61k4THp7jd7zdnuR5OxCu2q07z/FO44F1Wbe0dEHIRN96+/wzQurKIDTG2He+xu/kiXX4QA80Cd8TwVJYvv+EO31nzw02UU4iJG
AuuVG7ULvB7IgFT6xKsGjZYUJ+zYLDIbjusQK/xoRCVxIR0avcJ9i1mcAiC4evrIAyOl9ho7d5YvNmT/o6YXEbFFUpcpmznHfg5KB93jL3q5Bd8Glgm07J10Jqlefq
WQb9evzMewvd/76l75Zo/YrcHYpG1vXWX8pWvqhOVhxg8qaNAsqrqxg3HXy+xYJ6/4Zi1mDDF+3c8QRIgLN2aWWoX40ecsZA==

CUDS: 7882bf285b5ff2472845e93b92442f840ceb48c0e8aa275b562cbf0883c2b7508d1faa5fb6944ca700b62204819932b7

Fecha emisión: 2025-07-31 16:51:18 **Fecha validación DIAN:** 2025-07-31 16:51:23-05:00

Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

Armenia Quindío, 31 de julio del 2025

LA FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO

NIT: 800034694-1

DEBE A:

YOLIGMA ROMERO PULIDO
Identificada con cedula de ciudadanía N°. 24.579.421

LA SUMA DE $203.414
NOVECIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/C

Lo anterior por concepto de acompañamiento hospitalario del adolescente ANGIE MARCELA GONZALES de la sede San Rafael

Cordialmente,

Yoligma

YOLIGMA ROMERO PULIDO
CC. 24.579.421

FUNDACION FARO

Nit 800.034.694-1
Tel 3176679751 Calarca Q

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar
No. **FSR1325**

INFORMACION DEL PROVEEDOR

YOLIGMA ROMERO PULIDO

NI No. : 24579421-0
DIRECCION : MZ E CA 1 BRR LUIS CARLOS GALAN
TELEFONO :
CIUDAD : CALARCÁ **PAIS :** Colombia

FECHA
31/07/2025

TOTAL
$ 203.414,00

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
51701203	FSR1325 YOLIGMA ROMERO ANGIE MARCELA	1	$ 203.414,00	$ 203.414,00

FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
CxP # 1	Vence: 30/08/2025	$ 203.414,00

VALOR (en letras) : DOSCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS

Observaciones

Autorizacion de Numeracion de Facturacion Dian tipo documento soporte No 18764080800199 expedida 02/10/2024 rango desde 882 hasta 5000 prefijo DSR vigencia 02/10/2025

Aprobado

RECIBI

C.C. O NIT.

FRM-016V. (NIIF) Impreso con ContaPyme V. 4 - Infosoft SAS. Nit 830.000.000

Sello de firma:

SGGI33O5ARbPaxDxk7Mug61k4THp7jd7zdnuR5OxCu2q07z/FO44F1Wbe9dEHiRN96+/wzQurKIDTG2He+xu/kiXX4QA80Cd8TwVJYvv+EO31nzw02UU4iJG
AuuVG7ULvB7IgFT6xKsGjZYUJ+zYLDIbjusQK/xoRCVxIR0ovcJ9i1mcAiC4evrIAyOi9ho7d5YvNmT/o6YXEbFFUpcpmznHfg5KB93jL3q5Bd8Glgm07J10Jqlefq
WQb9evzMewvd/76l75Zo/YrcHYpG1vXWX8pWvqhOVhxg8qeNAsqrqxg3HXy+xYJ6/4Zi1mDDF+3c8QRIgLN2aWWoX40ecsZA==

CUDS: 7882bf285b5ff2472845e93b92442f840ceb48c0e8aa275b562cbf0883c2b7508d1faa5fb6944ca700b62204819932b7

Fecha emisión: 2025-07-31 16:51:18 **Fecha validación DIAN:** 2025-07-31 16:51:23-05:00

Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

Armenia Quindío, 31 de julio del 2025

LA FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO

NIT: 800034694-1

DEBE A:

YOLIGMA ROMERO PULIDO
Identificada con cedula de ciudadanía N°. 24.579.421

LA SUMA DE $203.414
NOVECIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/C

Lo anterior por concepto de acompañamiento hospitalario del adolescente ANGIE MARCELA GONZALES de la sede San Rafael

Cordialmente,

Yoligma

YOLIGMA ROMERO PULIDO
CC. 24.579.421

DOCTORA:
JHOVANA ZAPATA HENAO
Centro Zonal Armenia Sur
ICBF QUINDIO
Cordial Saludo
De manera muy respetuosa le envio la relacion de usuarios atendidos por nuestra institucion

Contratista:	FUNDACION FAMILIAR FARO - SEDE SAN RAFAEL
Modalidad:	INTERNADO RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
No Contrato:	6300-198-2025

No	No SIM	USUARIO	Edad	SEXO	Fecha de Ingreso SEGÚN EPICRISIS	Fecha de Egreso SEGÚN EPICRISIS	No de dias atendidos con acompañamiento	Defensor	Municipio donde se atiende
1	33739474	ANGIE MARCELA GONZALES	15	FEMENINO	23/07/2025	25/07/2025	3	LESMIDIA RUEDA	ARMENIA

VALORES DE ACOMPAÑAMIENTO 2024

HORA	VALOR
DIURNA	$ 6.500
NOCTURNO	$ 8.773
DOMINICAL DIURNO	$ 11.373
DOMINICAL NOCTURNO	$ 13.648

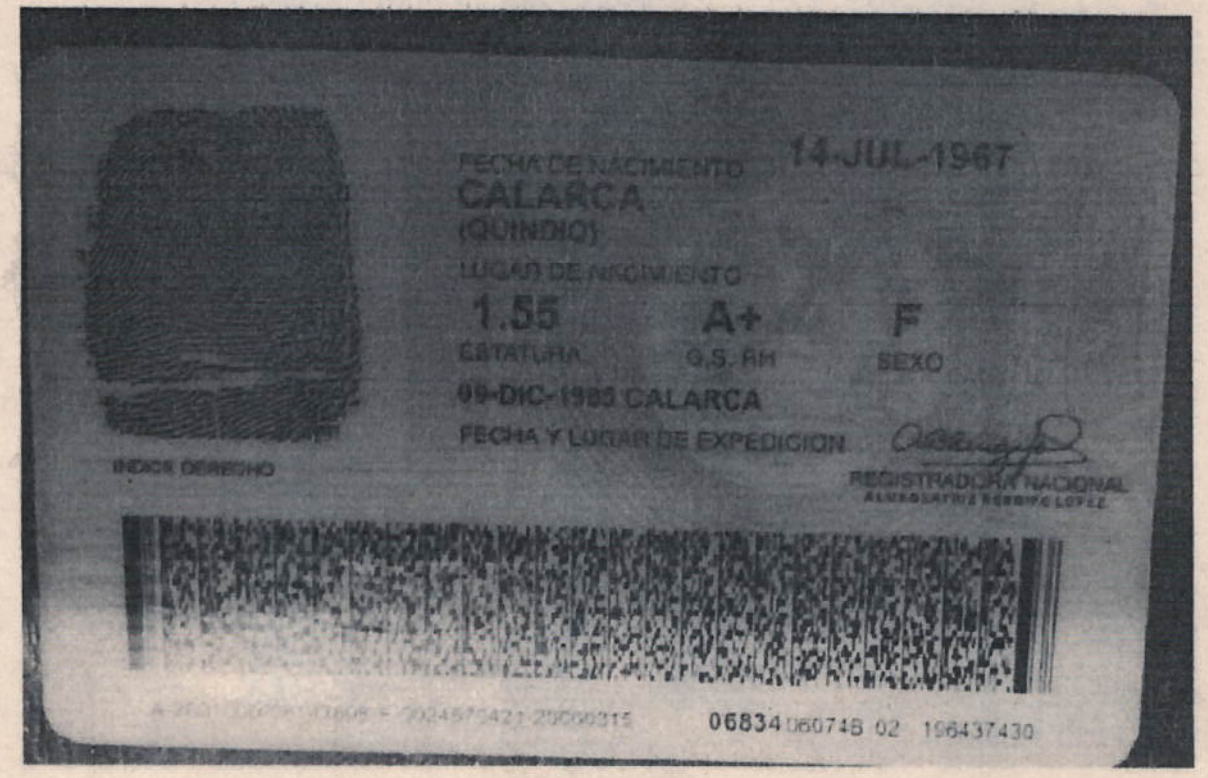
Item	Fecha	Dia	Horas				Ordinarios				Dominicales y Festivos				SUBTOTAL	PERSONA QUIEN REALIZA EL ACOMPAÑAMIENTO
							Diurnas		Nocturna		Diurnas		Nocturna			
			Inicio	m/P.	Final	m/P.	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor	Total/Horas	Valor		
1	23/07/2025	MIERCOLES	6	PM	6	AM	3	$ 19.500	9	$ 78.957		$ -		$ -		YOLIGMA ROMERO
2	24/07/2025	JUEVES	6	AM	7	AM	1	$ 6.500		$ -		$ -		$ -		YOLIGMA ROMERO
3	24/07/2025	JUEVES	7	PM	6	AM	2	$ 13.000	9	$ 78.957		$ -		$ -		YOLIGMA ROMERO
4	25/07/2025	VIERNES	6	AM	7	AM	1	$ 6.500		$ -		$ -		$ -		YOLIGMA ROMERO
5								$ -		$ -		$ -		$ -		
6								$ -		$ -		$ -		$ -		
7								$ -		$ -		$ -		$ -		
8								$ -		$ -		$ -		$ -		
9								$ -		$ -		$ -		$ -		
10								$ -		$ -		$ -		$ -		
11								$ -		$ -		$ -		$ -		
							7	$ 45.500	18	$ 157.914	0	$ -	0	$ -	$ 203.414	

*En el primer cuadro se deben consignar todos los datos de las horas de inicio laborales, siendo AM o PM, según corresponda, en la hora final se diligencia la hora de salida de la persona quien realiza el acompañamiento siendo de igual forma AM o PM

*Para el siguiente cuadro se consignan los días ordinarios siendo diurnos o nocturos, este en la casilla valor se encuentra formulado con el cuadro de valores de acompañamiento, se debe diligenciar el total de las horas realizadas según corresponda, si es diruna o nocturna
* Para este cuadro se relaciona teniendo en cuenta si los dias que se realiza el acompañamiento son dominicales o festivos, teniendo en cuenta si son dirunos o nocturnos.

Se debe tener en cuenta que la ley laboral nos indica que el la hora diurna es desde las 6 AM A 9 PM


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
NOMBRES
APELLIDOS
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1967
CALARCA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
09-DIC-1985 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
06834 060748 02 196437430

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Clase: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 14669711661

5. Número de identificación Tributaria (NIT): 2 4 5 7 9 4 2 1 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: 1

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

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

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 2 4 5 7 9 4 2 1

27. Fecha expedición: 1 9 8 5 1 2 0 9

Lugar de expedición: COLOMBIA — 28. País: 1 6 9

29. Departamento: Quindío — 9 3

30. Ciudad/Municipio: Calarcá — 1 3 0

31. Primer apellido: ROMERO

32. Segundo apellido: PULIDO

33. Primer nombre: YOLIGMA

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Quindío — 6 3

40. Ciudad/Municipio: Calarcá — 1 3 0

41. Dirección principal: MZ E CA 1 BRR LUIS CARLOS GALAN

42. Correo electrónico: yromero982@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 5 4 9 8 5 9 6 1

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8 2 9 9 — 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 9 1 1 0 1

Actividad secundaria — 48. Código: — 49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades — 50. Código: 1: — 2:

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] — 60. No. de Folios: 1 — 61. Fecha: 2 0 1 9 1 1 0 1

La información administrada a través del formulario único de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de suministrar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios a los que hubiere lugar, según el artículo [illegible] del Decreto [illegible] de 2016, parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto [illegible] de 2016.

Firma del declarante: Yoligma Romero Pulido

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:

Nombre: CARDONA QUINTERO ANDY DANIELA

Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 21/11/2019 08:04:25AM

Faro	**FUNDACION FAMILIAR FARO - SEDE SAN RAFAEL**

Armenia - Quindio, julio 31 de 2025

Cordial saludo,

De manera atenta se relaciona a continuación N° SIM asignado al proceso PARD del beneficiario ANGIE MARCELA GONZALES, identificada con 1091886435 con la cual se activo rubro de emergencia para acompañamiento hospitalario.

USUARIO	No SIM	No IDENTIDAD
ANGIE MARCELA GONZALES	33739474	1.091.886.435

Cordialmente,

Luis Edier Usma Osorio
Coordinador
Sede FARO San Rafael

Equipo interdisciplinario
Internado Restablecimiento de Derechos
Fundación Faro - Sede San Rafael
Cel: 3174280741

Faro

[Texto citado oculto]

2 archivos adjuntos

RADICADO20252100017122122.pdf
47K

HISTORIA CLÍNICA ANGIE MARCELA GONZÁLEZ _compressed (1).pdf
2448K

San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org> 30 de julio de 2025, 9:18 a.m.
Para: Jhovana Zapata Henao <Jhovana.Zapata@icbf.gov.co>

Cordial saludo,

De manera respetuosa, solicitamos apoyo en la autorización del rubro 112 solicitada en el correo que antecede, teniendo en cuenta que viene directamente desde la Autoridad Administrativa al momento de la ubicación de la adolescente. Quedamos atentos a su oportuna respuesta

Muchas gracias

[Texto citado oculto]

Angie Marcela González .pdf
124K

Jhovana Zapata Henao <Jhovana.Zapata@icbf.gov.co> 30 de julio de 2025, 7:08 p.m.
Para: San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org>
CC: Lesmidia Rueda Rueda <Lesmidia.Rueda@icbf.gov.co>, Liliana Judith Suarez Beltran <Liliana.Suarez@icbf.gov.co>

Buenas Tardes

Reciba un Saludo de PAZ

Dando respuesta a su solicitud y teniendo en cuenta la autorización de la defensora de familia, en calidad de supervisora de contrato 63001982025, se da aval para activación de rubro 112 para acompañamiento hospitalario de la beneficiaria ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON

Muchas Gracias por su atención

Gmail

San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org>

NNA ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON

7 mensajes

Lesmidia Rueda Rueda <Lesmidia.Rueda@icbf.gov.co>
Para: San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org>
CC: Jhon Camilo Giraldo Ariza <Jhon.Giraldo@icbf.gov.co>, Sandra Milena Medina Hernandez <SandraM.Medina@icbf.gov.co>, Amparo Castillo Hernandez <Amparo.Castillo@icbf.gov.co>

23 de julio de 2025, 4:52 p.m.

Buenas tardes me permito allegar boleta de ingreso a la modalidad del NNA ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON quien hoy se presentó a nuestras instalaciones bajo efectos de sustancias y se torno agresiva y fue trasladada por funcionarios de Policia de Infancia y Adolescencia a la IPS Hospital San Juan de Dios.

El despacho realizó acciones para la búsqueda de la progenitora quien fue enfática en afirmar que si a su hija la dejan hospitalizada ella no va a realizar el acompañamiento y no existe otro familiar que lo pueda hacer. Por lo expuesto solicito de manera respetuosa activar el rubro 112 en el entendido que la adolescente sea hospitalizada y necesite acompañamiento hospitalario.

Atentamente,

BIENESTAR FAMILIAR

LESMIDIA RUEDA RUEDA
Defensora de Familia
Centro Zonal Armenia Sur
ICBF Sede Regional Quindio
Carrera 23 entre calles 3 y 4
Teléfono: 601 437 6330 Ext. 610 004
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Escáner CZ Armenia Sur <mariana.pinzon@icbf.gov.co>
Enviado: miércoles, 23 de julio de 2025 16:47
Para: Lesmidia Rueda Rueda <Lesmidia.Rueda@icbf.gov.co>
Asunto: Escáner CZ Armenia Sur

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co<http://www.icbf.gov.co/>

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co<http://www.icbf.gov.co/>

[Untitled].pdf
50K

San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org> 23 de julio de 2025, 5:17 p.m.
Para: Jhovana Zapata Henao <Jhovana.Zapata@icbf.gov.co>

Cordial saludo,

De manera respetuosa nos permitimos remitir correo que antecede, a fin de solicitar su autorización para la activación de rubro 122, teniendo en cuenta la solicitud de la Defensora de Familia.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes,

Cordialmente,

Equipo interdisciplinario
Internado Restablecimiento de Derechos
Fundación Faro - Sede San Rafael
Cel: 3174280741

Faro

[Texto citado oculto]

Libre de virus.www.avast.com

Angie Marcela González .pdf
124K

Jhon Camilo Giraldo Ariza <Jhon.Giraldo@icbf.gov.co> 25 de julio de 2025, 12:20 a.m.
Para: Lesmidia Rueda Rueda <Lesmidia.Rueda@icbf.gov.co>, San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org>
CC: Sandra Milena Medina Hernandez <SandraM.Medina@icbf.gov.co>, Amparo Castillo Hernandez <Amparo.Castillo@icbf.gov.co>

Cordial saludo
Dra. LESMIDIA RUEDA RUEDA
Defensora de Familia
ICBF Regional Quindío

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO MODALIDAD RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	F5.P13.P	31/12/2020
		Versión 1	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **LESMIDIA RUEDA RUEDA**– **DEFENSORA DE FAMILIA**, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **ANGIE MARCELA GONZALES DE 15 AÑOS**, identificada con CC # **1091886435** quien se encuentra ubicada en **LA FUNDACION FARO PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, SEDE SAN RAFAEL.**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **ANGIE MARCELA GONZALES de 15 años** el que será realizado durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ARMENIA.**

La presente se expide en la ciudad de Armenia a los treinta (31) días del mes de julio del año 2025.

Cordialmente,

FIRMA Mariana Pinzón Ovalle

Nombre: ___**Mariana Pinzón Ovalle** _____

Cargo: **Coordinación Centro Zonal Protección Sur**

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

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

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON			**Identificación:** 1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:**	15 Años \ 1 Mes \ 25 Días	**Estado Civil:** Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL			**Teléfono:** 3104478287	
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 91** **23/07/2025 16:49:02**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA

ACOMPÑANTE REFIERE: "ESTABA EN FARO Y SE EVADIO Y PRESENTA CONSUMO"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS EN COMPAÑIA DE TUTOR DEL BIENESTAR FAMILIAR POR PRESENTAR CAUDRO DE EVASON DLE FARO HACE 24 HORAS REFIERE VOLVIO HACE 2 HORAS CON PRESENCIA DE CONSUMO DE PEGANTE Y SE TORNA AGRESIVA, PACIENTE QUIEN CONSUME DESDE LOS 11 AÑOS DE EDAD, CONSUME PEGANTE, PERICO, TUSI, MARIHUANA, POPER, NIEGA OTRA SINTOMOLOGIA ASOCIADA. REFIERE HA PRESENTADO EVASION DEL FARO EN 5 OCASIONES

OTROS SINTOMAS ASOCIADOS

ANTECEDENTES:
PERSONALES: NIEGA
FAMACOLOGICO: LEVOMEPROMACINA 4%, SERTRALINA, QUETIAPINA
QUIRURGICO. NIEGA
ALERGICO: NIEGA
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
INMUNOLOGICO: REFIERE PAI AL DIA (NO APORTA CARNET)

EXAMEN FISICO

CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, INTERACTUANDO CON EL MEDIO, SIN SINGOS DE DESHIDRATACION, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

SIGNOS VITALES

Tension Arterial:	1	/	1	mm/hg	**Tension Arterial Media:**	1		**Frecuencia Cardiaca:**	91	x min
Frecuancia Respiratoria:	14	x min		**Temperatura:**	36	°C	**SP02:**	96	%	
Peso:	45	Kg	**Talla:**	1	Cm	**Indece de Masa Corporal:**	45.000.000	**Escala del dolor Pediatria**		0 - Sin dolor

EXAMEN DE CABEZA

NORMCOEFALO

EXAMEN DE OJOS

ESCLERAS ANICTERICAS

EXAMEN DE OIDOS

OTOSPICA BILATERAL NORMAL

EXAMEN DE NARIZ

NORMAL

EXAMEN ORAL

MUCOSA ORLA HUMEDA OROFAIRNGE SIN LESIONES AMIGDLAAS SIN PLACAS

EXMEN DE CUELLO

SIMETRICO MOVIL

EXAMEN DEL DORSO

SIN LEISONES

EXAMEN DE TORAX

TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, CLARO PULMONAR CONSERVADO SIN RUIDOS AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON		**Identificación:**	1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 25 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL		**Teléfono:**	3104478287	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

EXAMEN DEL ABDOMEN

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITOENAL, SIN MASAS NI MEGALIAS

EXAMEN DE EXTREMIDADES

SIMETRICOS MOVILES

EXAMEN DE PIEL

ISN LEISONES

EXAMEN MENTAL

IMPRIOENA ADEUCADO

EXAMEN GENITOURINARIO

SIN EXPLROAR

EXAMEN NEUROLOGICO

SIN SIGOS DE FOCALIZACION

GLASGOW

Respuesta Ocular:	ESPONTANEO	**Respuesta Verbal:**	ORIENTADO
Respuesta Motora:	OBEDECE ORDENES	**Puntuacion:**	**15 / 15**

ESCALA DE VALORACION CLINICA DEL INFARTO CEREBRAL NIHSS

ESTADO DE CONCIENCIA		**NIVEL DE CONCIENCIA "Preguntas"**	
NIVEL DE CONCIENCIA "Ordenes"		**MIRADA**	
CAMPOS VISUALES (Confrontacion)		**PARALISIS FACIAL**	
FUERZA DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES			
FUERZA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES			
ATAXIA DE LOS MIEMBROS		**SENSIBILIDAD**	
LENGUAJE		**DISARTRIA**	
HEMINATENCION Y EXTINCION (NEGLIGENCIA)			

IMPRESION DIAGNOSTICA

ANALISIS

PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE BIENESTAR FAMILIAR QUIENES INGRESA POR EVASION DEL FARO, ACOMPAÑENTES REFIEREN ESTO HA PASADO EN 5 OCASIONES, INGRESA CONSUMIENTO, EN EL MOEMNTO PACIENTE ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMCIAMENTE, NO SE ENCUENTRA AGRESIVA, COSNIDERO VALORACION POR QUEIPO DE SALUD MENTAL, SE LE EPLXICA A LOS ACOMPAÑANTES CONDUCTA A SEUGIR ESTOS REFIERENE ENTEDER Y ACEPTAR

CONDUCTA

PESO 45 KGTRANSICIONSS VALORAICON POS PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA

RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

FUENTE DE INFORMACIÓN

FORMULA MÉDICA	No	**PACIENTE**	No	**ACOMPAÑANTE**	No	**HISTORIA CLINICA**	No		
EPS		**MÉDICO TRATANTE**	No	**MEDICAMENTO**	No	**PACIENTE ALÉRGICO**	No		
Cual (es) Medicamento(s)?									

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CONCILIADOS

Medicamentos/Concentración/Forma Farmacéutica	Dosis	Conducta a seguir	Motivo de Cambios

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON		**Identificación:**	1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 25 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL		**Teléfono:**	3104478287	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

ORDENES MEDICAS

Urgencias_Observacion

PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS EN COMPAÑIA DE FUNCIONARIOS DEL ICF REQUIERE ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE DURANTE ESTANCIA EN HOSPITAL

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F190	F190 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS

SOLICTUD DE INTERCONSULTA

Servicio: OP003 - URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS PEDIATRIA

Especialidad: 591 - PSICOLOGIA

Motivo: PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE BIENESTAR FAMILIAR QUIENES INGRESA POR EVASION DEL FARO, ACOMPAÑENTES REFIEREN ESTO HA PASADO EN 5 OCASIONES, INGRESA CONSUMIENTO, EN EL MOEMNTO PACIENTE ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMCIAMENTE, NO SE ENCUENTRA AGRESIVA, COSNIDERO VALORACION POR QUEIPO DE SALUD MENTAL, SE LE EPLXICA A LOS ACOMPAÑANTES CONDUCTA A SEUGIR ESTOS REFIERENE ENTEDER Y ACEPTAR

Servicio: OP003 - URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS PEDIATRIA

Especialidad: 590 - PSIQUIATRIA

Motivo: PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE BIENESTAR FAMILIAR QUIENES INGRESA POR EVASION DEL FARO, ACOMPAÑENTES REFIEREN ESTO HA PASADO EN 5 OCASIONES, INGRESA CONSUMIENTO, EN EL MOEMNTO PACIENTE ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMCIAMENTE, NO SE ENCUENTRA AGRESIVA, COSNIDERO VALORACION POR QUEIPO DE SALUD MENTAL, SE LE EPLXICA A LOS ACOMPAÑANTES CONDUCTA A SEUGIR ESTOS REFIERENE ENTEDER Y ACEPTAR

Profesional: GIRALDO SUAREZ MARIA CAMILA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
R.M: 1094965596

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

23/07/2025 6:16:38 p. m.

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON **Identificación:** 1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 29/mayo/2010 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL **Teléfono:** 3104478287
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 92** **23/07/2025 18:16:38**

Responsable: SEBASTIAN RINCON **Teléfono Resp:** 3163171930
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta: Diagnostico **Causa Externa:** Enfermedad_general

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

Análisis Subjetivo:

Paciente ya conocida por el servicio en restablecimiento de derechos en FARO, en compañía de personal del ICBF y defensoría, Ingresa el día de hoy por fuga institucional desde el domingo con recaída en consumo de pegante, niega otra SPA , pero reingresa buscando ayuda nuevamente al ICBF, paciente quien refiere "Yo solo quería volver a mi casa, ademas solo consumi pegante". Personal de ICBF refiere que durante el último mes se ha fugado 5 veces del FARO pero regresa antes de completar las 24 horas.

Antecedentes personales
- Patológicos: Niega
- Farmacológicos: Sertralina, Carbamazepina, Quetiapina
- Alérgicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Tóxicos: Consumidora de SPA

Análisis Objetivo:

Paciente en sala de urgencia pediatría, en compañía de personal del ICBF, atiende el llamado, establece contacto visual y verbal. Actitud colaboradora ante la entrevista, no se evidencia actitud alucinatoria. Euquinetica, afecto ansioso de fondo triste, pensamiento con curso coherente, relevante, intervalo pregunta / respuesta adecuada, volumen de voz bajo, producción ideo-verbal sin alteraciones. Contenido: no se evidencian ideas delirantes, niega ideas de muerte durante la entrevista. forma lógica, sensopercepción: sin alteraciones. sensorio: alerta, orientado en las 3 esferas, juicio de la realidad debilitado.

Tratamiento:

iniciar trámite de remoción aunidad mental
se puede hospitalizar en pediatría con acompañamiento 24/7 por personal bienestar familiar
se estara revalorando y si en 72 horas esta estable sin alteraciones afectivasni comportamentales y no ha salido el cupo de dara egreso medico
** Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio día
** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas
** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1 tableta en la noche

Respuesta:

Paciente de 15 años ya conocida por la especialidad quien se encuentra en programa de restablecimiento de derechos en FARO, ahora ingresa por fuga institucional) última fuga hace 24 horas, personal de ICBF refieren que se ha fugado del centro en 5 ocasiones en el último mes, reingresa en no más de 24 horas a el centro bajo efecto de consumo de sustancias, paciente quien indica que desea volver con su familiar, se le hacer intervención y se le explica que el hecho de hacer este tipo de actos le aumentaran la estancia y disminuye la posibilidad de restablecimiento a hogar, refiere entender la situación. Por ahora se deja en hospitalización, se indica inicio de medicación y se inicia trámite de remisión a unidad de salud mental.

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F180	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES: INTOXICACION AGUDA

Profesional: OLAVE JARAMILLO MARCELA
Especialidad: PSIQUIATRIA
R.M: 31793817

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

NOTA EVENTUALIDADES

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON			**Identificación:** 1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:**	15 Años \ 1 Mes \ 25 Días	**Estado Civil:** Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL			**Teléfono:** 3104478287	
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 93** **23/07/2025 18:27:59**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

NOTA EVENTUALIDADES

DESCRIPCION DE EVENTO Y/O PROCEDIMIENTO

PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS CON DX DE-- CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVASOBJETIVOPACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO,NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SIN LESIONES, AMIGDALAS SIN PLACAS, CUELLO SIMETRICO MOVIL,SIN MASAS, SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, CLARO PULMONAR CONSERVADO SIN RUIDOS AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITOENAL, SIN MASAS NI MEGALIAS, PIEL SIN LESIONES, EXTREMIDADES SIMETRICAS, MOVILES, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR NORMAL, NEUROLOGICO SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, GLASGOW 15/15ANALISISPACIENTE FEMENIAN DE 15 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE ICF POR PRESENTAR FUGA DE LA INSTITUCION (EL FARO), ASOCIADO A CONSUMO DE PEGANTE, EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE CLINCIA Y HEMODINAMCIAMENTE, VALORADO POR PSIQUIATRIA QUIEN CONSIDERA HOSPITALIZACION Y REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL, SE LE EPXLCIA A LOS ACOMPÑANTES CONDUCTA SA EGUIR, ESTOS REFIEREN ENTEDER Y ACEPTARPLANPESO 54 KGHOSPITALIZACION PEDIATRIAACOMPÑANTE PERMANENTEBARANDAS ARRIBADIETA CORRIENTE* Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio día** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1 tableta en la nocheCONTROL DE SIGNOS VITALESAVISAR CAMBIOS

ORDENES MEDICAS

Hospitalizacion

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F180	F180 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES: INTOXICACION AGUDA

MEDICAMENTOS

CANT	NOMBRE	Posologia
3	QUETIAPINA 25 MG TABLETA	** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1 tableta en la noche SE FORMULA PARA 72 HORAS
7	CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETA (Alto Riesgo)	** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas SE FORMULA PARA 72 HORAS
7	SERTRALINA 50 MG TABLETA	* Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio día SE FORMULA PARA 72 HORAS

Profesional: GIRALDO SUAREZ MARIA CAMILA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
R.M: 1094965596

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO
SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS **23/07/2025 6:29:46 p. m.**

N° Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON **Identificación:** 1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 29/mayo/2010 **Edad a la fecha del folio:** **Estado Civil:** Soltero
Dirección: FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL **Teléfono:** 3104478287
Procedencia: ARMENIA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO) **Nivel - Estrato:** REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 94** **23/07/2025 18:29:46**

Responsable: SEBASTIAN RINCON **Teléfono Resp:** 3163171930
Dirección Resp: **N° Ingreso:** 2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta: Diagnostico **Causa Externa:** Enfermedad_general

RESPUESTA INTERCONSULTAS URGENCIAS

Análisis Subjetivo:

PACIENTE VALORADA POR PSICOLOGIA EN URGENCIAS PEDIATRIA.

MOTIVO DE INTERCONSULTA
PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE BIENESTAR FAMILIAR QUIENES INGRESA POR EVASION DEL FARO, ACOMPAÑENTES REFIEREN ESTO HA PASADO EN 5 OCASIONES, INGRESA CONSUMIENTO, EN EL MOEMNTO PACIENTE ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMCIAMENTE, NO SE ENCUENTRA AGRESIVA, COSNIDERO VALORACION POR QUEIPO DE SALUD MENTAL, SE LE EPLXICA A LOS ACOMPAÑANTES CONDUCTA A SEUGIR ESTOS REFIERENE ENTEDER Y ACEPTAR

Análisis Objetivo:

SE ENCUENTRA ADOLESCENTE EN SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA, CONSICNTE, ORIENTADA, ESTABLECE ADECAUDO CONTACTO VISUAL, DIALOGO FLUIDO Y COHERENTE, REGULAR PRESENTACION PERSONAL.
AL MOMENTO DE LA INTERVENCION SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE FUNCIONARIOS DEL ICBF PSICOLOGO SEBASRIAN Y TRANAJADORA SOCIAL SANDRA MILENA.

Tratamiento:

SE BRINDAN ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS DE AFRONTAMIENTO A PACIENTE PARA SU DX DE BASE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
SE HACE ÉNFASIS EN LA IMPORTANCIA DE SESR ADHERENTE AL TRATAMIENTO EN LA INSTITUCIÓN PARA SU DESINTOXICACIÓN, SE SENSIBILIZA EN SUS NECESIDADES AQUI Y AHORA, SE BRINDA PSICOEDUCACION FRENTE A PROYECTO DE VIDA COMO FACTOR PROTECTOR.

SE RECOMIENDA INICIAR PSICOTERAPIA POR PARTE DE SU EPS.

Respuesta:

CON AUTORIZACION DE LOS FUNCIONARIOS SE REALIZA INTERVENCION A SOLAS CON LA MENOR, LA CUAL IFORMA QUE NO SE ENCUENTRA ESCOLARIZADA DESDE HACE 3 AÑOS.
SE IDENTIFICA COMO NO BINARIO.
REFIERE CONSUMO DE SPA DESDE LOS 11 AÑOS (BAZUCO, TUCI, POPER, MARIHUANA, PERICO, PEGANTE)
DROGA DE IMPACTO EL PEGANTE, ULTIMO CONSUMO EL DIA DE AYER.

SE GENERA ESCUCHA ACTIVA Y ESPACIO PARA EXPRESION DE EMOCIONES, MENOR CON ESTADO DE ANIMO DE APARIENCIA TRISTE, AFECTO PLANO, POBRE REACTIVIDAD EMOCIONAL Y RESTRICCION EN LA EXPRESION AFECTIVA.

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F180	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES: INTOXICACION AGUDA

ADRIANA PERILLA J.

Profesional: PERILLA JIMENEZ LUZ ADRIANA
Especialidad: PSICOLOGIA
R.M: 265942

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

221

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

VALORACIÓN DEL RIESGO SEGÚN ESCALA DE BRADEN

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON	**Identificación:**	1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010 **Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 25 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL	**Teléfono:**	3104478287
Procedencia:	ARMENIA	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

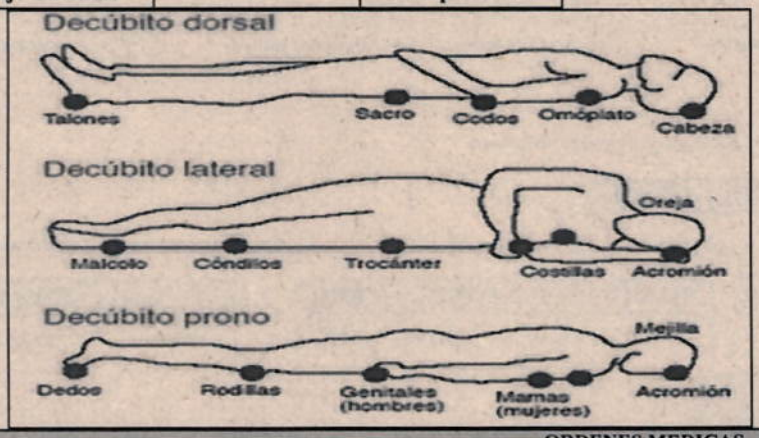
Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 95** **23/07/2025 18:32:51**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

VALORACIÓN DEL RIESGO SEGÚN ESCALA DE BRADEN

Percepción Sensorial	Ligeramente limitada	**Actividad**	Deambula Frecuentemente		
Exposición a la Humedad	Raramente húmeda			**Movilidad**	Sin limitaciones
Nutrición	Adecuada				
Roce y Riesgo de Lesiones	No existe Problema Aparente				
Clasificación de las ulceras por presión segun su profundidad					
☐ **Estadio Grado I**	☐ **Estadio Grado II**	☐ **Estadio Grado III**		☐ **Estadio Grado IV**	
Puntaje Obtenido	21	**Interpretacion**		RIESGO BAJO	



Observación:

ORDENES MEDICAS

Urgencias_Observacion

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

Karen D Morales D

Profesional: MORALES DIAZ KAREN DAHIANA
Especialidad: ENFERMERA JEFE
R.M: 1005101244

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS ADULTOS

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON	**Identificación:**	1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010 **Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 25 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL	**Teléfono:**	3104478287
Procedencia:	ARMENIA	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 96** **23/07/2025 18:33:28**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS ADULTOS

ESTADO MENTAL ALTERADO

☐ Confuso ☑ Desorientado ☑ Ansioso ☑ Agitado ☐ Deprimido ☐ Comatoso ☐ Estupor ☐ Riesgo Suicida

☐ Disminución capacidad de percepción o reaccion con lentitud a estímulos ☐ Pacientes con afasia y/o psiquiátricos ☐ No percibir con exactitud la realidad

☐ Alteración de la capacidad para concentrarse y elaborar juicios ☐ Alteración de la capacidad de comunicarse, No percibir riesgos ambientales ☐ Ninguno

LIMITACIÓN FÍSICA

☐ Limitación funcional (Plejías) ☐ Limitación funcional (Paresias) ☐ Ausencia de miembros y/o amputacion parcial ☐ Presencia de prótesis

DÉFICIT SENSORIAL (auditivo, visual)

☐ Problemas visuales(aunque utilice lentes correctores) ☐ Auditivo no reacciona al llamado

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE IMPLICA RIESGO

☐ Sedantes ☐ Psicotrópicos ☐ Hipotensores ☐ Diuréticos ☐ Laxantes ☐ Relajantes musculares ☐ Otros

PROBLEMA DE IDIOMA O SOCIOCULTURALES

☐ Indigenas ☐ Extranjeros

DESARROLLO PSICOMOTRIZ

☐ Menores de 6 años ☐ Mayores de 65 años

INCONTINENCIA

☐ Urinaria ☐ Fecal

PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO EVIDENTES

☐ Caidas ☐ Accidentes previos y predisposición a padecerlos ☐ Marcha imposible, insegura sin ayuda ☐ Debilidad Muscular, alteraciones del equilibrio

☐ Parálisis ☐ Estado pre y/o postoperatorios ☐ Convulsionadores ☐ Alteracion del estado nutricional ☐ Ayuno prolongado

☐ Hipotensión ortostática ☐ Uso de aparatos ortopédicos, órtesis

Puntaje Obtenido:	**3**

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE

Nivel	Puntos	Código de Colores/Semaforo
Alto Riesgo	8 a 15	
Mediano Riesgo	3 a 7	Mediano Riesgo
Bajo Riesgo	0 a 2	

ORDENES MEDICAS

Urgencias_Observacion

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS ADULTOS

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON		**Identificación:**	1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 25 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL		**Teléfono:**	3104478287	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

Karen D Morales D

Profesional: MORALES DIAZ KAREN DAHIANA
Especialidad: ENFERMERA JEFE
R.M: 1005101244

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS	PLAN DE ATENCION ENFERMERIA	Pagina: 1 de 1
		Codigo:CG-FO-156
	GESTION CLINICA	Version: 01
		Vigente a partir de: Febrero 12 de 2019

Ingreso: 2735205 **Fecha Ingreso** 23/07/2025 15:07:35 Fecha Actual : martes, 29 julio 2025

Paciente: 1091886435 - ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON **Cama:**

Eps: LA NUEVA EPS S.A. **Telefono:** 3104478287

Edad a la Fecha del Folio: 15 Años / 1 Meses / 24 Días **Folio N° 97** 23/07/2025 18:07:18

DX ENFERMERIA
00188 TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD R/C ABUSO DE SUSTANCIAS.,
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
Fomentar actividades creativas Ayudar al paciente a identificar las actividades significativas Enseñar al paciente y a la familia a realizar la actividad prescrita.,

RIESGOS CLINICOS	
UPP	RIESGO ALTO
CAIDAS	
ALERGIAS	Otros,
CUAL:	MADRE REFIERE QUE MENOR NO PRESENTA ALERGIAS
DISCAPACIDAD	Ninguna,

DIETA	OTRAS
CUAL	NP3
AISLAMIENTO	Ninguno,
OXIGENOTERAPIA	Ninguno,
FECHA TRATAMIENTO	
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	-CARBAMAZEPINA X200MG DAR 1 TAB VO C/12H -SERTRALINA TABLETA DE 50 MG DAR1 TABLETA EN LA MAÑANA Y 1 TAB AL MEDIO DIA -QUETIAPINA TABLETA DE 25 MG 1 CADA NOCHE

ESPECIALIDAD	MEDICINA PEDIATRICA				
VACUNACION				VACUNA COVID-19	
PESO INICIAL	43 KG	PESO FINAL			
OBSERVACIONES APOYO DX:	VALORADA POR PSICOLOGIA PSIQUIATRIA 23/07/25 23/07/25 VX PSIQUIATRIA:				

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

PENDIENTES:	DX: CONSUMO DE SPA CUIDADOS DE ENFERMERIA: -VIGILAR AUTO - HETERO AGRESION -ACOMPAÑANTE PERMANNETE -VIGILAR CAMBIOS CONDUCTUALES -RIESGO ALTO DE FUGA -CSV/AC PENDIENTE: -HOSPITALIZACION (SOL) -PENDIENTE REMISIÓN A UNIDAD MENTAL COMENTADA EL 23/07/25 CON CRISTIAN P/ RE VALORACION POR PSIQUIATRIA EN 72H SI PERMANECE SIN ALERACIONES AFECTIVAS Y NO HA SALIDO CUPO SE DARA EGRESO MEDICO DEBE PERMANECER CON ACOMPAÑANTE DE BIENESTAR FAMILIAR 24/7 MIENTRA ESTE EN MANEJO INTRAHOSPITALARIO
PREPARACIONES	\N\N\N\N\N\N

SOAPIE

SUBJETIVO	PACIENTE POR EL MOMENTO REFIERE ESTAR BIEN, NO HABLA MUCHO. SE OBSERVA TRANQUILA.
OBJETIVO	ADOLESCENTE DE 15 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE MULTIPLES SPA DESDE LOS 11 AÑOS, ASI COMO CONDUCTAS DEHETEROAGRESION, AUTOAGRESION, ASI COMO ALTA PERMANENCIA EN CALLE, AL MOMENTO TRANQUILA, CON ANSIENDAD POR CONSUMO, NO IDEAS SUCIDAS EN EL MOMENTO. TIENE MANILLA DE IDENTIFICACIÒN.
ANALISIS	TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD R/C ABUSO DE SUSTANCIAS.
PLAN	MEJORAR ESTADO DE SALUD
INTERVENCION	-VIGILAR AUTO - HETERO AGRESION -CSV/AC -ACOMPAÑANTE PERMANNETE 24/7 -VIGILAR CAMBIOS CONDUCTUALES
EVALUACION	PACIENTE APARENTEMENTE TRANQUILA, EN ESPERA DE REMISIÓN A UNIDAD DE SALUD MENTAL/ SI NO HAY RESPUESTA POR PARTE DE LA EPS SE DA EGRESO EN 72H, PENDIENTE HOSPITALIZAR Y CONTINUA EN SEGUIMIENTO A UNIDAD MENTAL.

Karen D Morales D

MORALES DIAZ KAREN DAHIANA

1005101244

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

MEDICAMENTOS / EXAMENES / REFERENCIA / SERVICIO URGENCIAS

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON			**Identificación:** 1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:**	15 Años \ 1 Mes \ 25 Días	**Estado Civil:** Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL			**Teléfono:** 3104478287	
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 98** **23/07/2025 18:44:10**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Diagnostico	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

ORDENES MEDICAS

Salida

REMISION

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNOSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F180	F180 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES: INTOXICACION AGUDA

Medico: GIRALDO SUAREZ MARIA CAMILA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
R.M: 1094965596

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

Fecha Actual : martes, 29 julio 2025
Pagina 1/1

HISTORIA CLÍNICA

SOLICITUD DE DIETAS

N° Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON	**Identificación:** 1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010 **Edad Actual:** 15 Años / 2 Meses / 0 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL	**Teléfono:**	3104478287
Procedencia:	ARMENIA	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 99** **(Fecha: 24/07/2025 05:01 a. m.)** **Folio Asociado: 82**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**N° Ingreso:** 2735205	**Fecha:** 23/07/2025 3:32:35 p. m.
Finalidad Consulta:	Otra	**Numero cama:**	351

HORARIO	
DESAYUNO	SI
DIETA	NP 3
REFRIGERIO	NO
DESECHABLE	NO
TBC	NO
FONO	NO

HORARIO	
ALMUERZO	SI
DIETA	NP 3
REFRIGERIO	NO
DESECHABLE	NO
TBC	NO
FONO	NO

HORARIO	
COMIDA	SI
DIETA	NP 3
REFRIGERIO	NO
DESECHABLE	NO
TBC	NO
FONO	NO

OBSERVACIONES (FAVOR REGISTRAR GUSTOS Y PREFERENCIAS DEL PACIENTE)

Sofia Arenas G.

Profesional: ARENAS GOMEZ SOFIA
Especialidad: ENFERMERA JEFE
R.M: 1094961889

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

TAMIZAJE NUTRICIONAL PEDIATRIA STRONG KIDS

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON	**Identificación:**	1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010 **Edad a la fecha del folio:**	15 Años \ 1 Mes \ 26 Días	**Estado Civil:** Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL	**Teléfono:**	3104478287
Procedencia:	ARMENIA	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 100** **24/07/2025 10:47:07**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

TAMIZAJE NUTRICIONAL PEDIATRIA STRONG KIDS

Presenta alguna de estas enfermedades que lleva a riesgos de malnutrición?	No	**Signos clínicos de déficit en el estado nutricional, (perdida de grasa subcutanea o masa muscular)?**	No
¿Ha perdido peso ó no ha ganado en las ultimas semanas? (Aplica solo para menores de 1 año)	No	**¿Presenta alguna de estas enfermedades(Diarrea, Baja Ingesta, Incapacidad para comer)?**	No

Total del puntaje MTF	Clasificacion del Riesgo
0	

Observacion:

ORDENES MEDICAS

Hospitalizacion

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

Alejandra Villa B

Medico: VILLA BUSTAMANTE ALEJANDRA
Especialidad: PEDIATRIA
R.M: 1094916474

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

EVOLUCION URGENCIAS PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON	**Identificación:**	1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010 **Edad Actual:Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 26 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL	**Teléfono:**	3104478287
Procedencia:	ARMENIA	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 101** **24/07/2025 10:50:45**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

EVOLUCION URGENCIAS PEDIATRIA

SUBJETIVO:
ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON
1091886435
15 AÑOS 1 MES
NUEVA EPS
FI URG: 21.07.25

DIAGNÒSTICO:
1- CONSUMO DE SPA

SUBJETIVO:
PACIENTE VALORADA EN CAMILLA EN COMPAÑÌA DE FUNCIONARIO DE FARO , SOMNOLIENTA POR MANEJO FARMACOLÓGICO , AFEBRIL, SIN NUEVOS EPISODIOS DE AGITACIÓN.

OBJETIVO:

Tension Arterial: 110 / 70 mm/Hg **Presion Arterial Media:** 8.333 mm/Hg **Frecuencia Cardiaca:** 90 x min

Frecuencia Respiratoria: 16 x min 36,5 °C **SO2:** 98 % **Peso:** 54 **Talla:** 1 **IMC:** 54.000.000

Escala del dolor Pediatria 0 - Sin dolor

PACIENTE FEMENINA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL. NORMOCÉFALO SIN LESIONES. PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS. MUCOSA ORAL HÚMEDA SIN LESIONES. CUELLO MÓVIL, NO MASAS O ADENOPATÍAS. TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS DE LA RESPIRACIÓN. MURMULLO VESICULAR EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS. PULSOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS DE ADECUADA AMPLITUD. ABDOMEN BLANDO, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÒN. SIN MASAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS. SIN DÉFICIT SENSITIVO, NI MOTOR. SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE.

ANALISIS:
PACIENTE ADOLESCENTE FEMENINA DE 15 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE PEGANTE Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN COMPAÑÍA DE FUNCIONARIO DE FUNDACIÓN FARO , QUIEN REFIERE QUE HA SUCEDIDO LO MISMO EN VARIAS OCASIONES, EN LA VALORACIÓN PACIENTE DORMIDA, NO AGRESIVA NI EXALTADA, ACOMPAÑANTE REFIERE QUE TUVO UNA NOCHE TRANQUILA, CON SUEÑO CONSERVADO. AUN EN OBSERVACIÓN A LA ESPERA DE REMISIÓN A UNIDAD DE SALUD MENTAL, POR EL MOMENTO SE HOSPITALIZA EN ESPERA DE REMISION

CONDUCTA:
PESO 54 KG
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA
ACOMPAÑANTE PERMANENTE
BARANDAS ARRIBA
DIETA CORRIENTE
* Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio día
** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas
** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1 tableta en la noche
CONTROL DE SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

ACTIVIDADES DE EDUCACION Y/O SALUD PUBLICA:

ORDENES MEDICAS

Hospitalizacion

EVOLUCION URGENCIAS PEDIATRIA

N° Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON		**Identificación:**	1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad Actual:Edad a la fecha del folio:**	15 Años \ 1 Mes \ 26 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL		**Teléfono:**	3104478287	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

PESO 54 KG
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA
ACOMPAÑANTE PERMANENTE
BARANDAS ARRIBA
DIETA CORRIENTE
* Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio día
** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas
** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1 tableta en la noche
CONTROL DE SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F180	F180 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES: INTOXICACION AGUDA
Presuntivo	F190	F190 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS

Alejandra Villa B

Medico: VILLA BUSTAMANTE ALEJANDRA
Especialidad: PEDIATRIA
R.M: 1094916474

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

MEDICAMENTOS / EXAMENES / REFERENCIA/ SERVICIO HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON			**Identificación:**	1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:**	15 Años \ 1 Mes \ 26 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL			**Teléfono:**	3104478287
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 102** **24/07/2025 10:51:59** **Cama:107**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F193	F193 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTAN

INDICACIONES MEDICAS

Hospitalizacion
PESO 54 KG
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA
ACOMPAÑANTE PERMANENTE
BARANDAS ARRIBA
DIETA CORRIENTE
* Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio día
** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas
** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1 tableta en la noche
CONTROL DE SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

MEDICAMENTOS

CANTIDAD	NOMBRE	Posología
1	SERTRALINA 50 MG TABLETA	* Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio día
2	CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETA (Alto Riesgo)	** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas
1	QUETIAPINA 25 MG TABLETA	** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1 tableta en la noche

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

Alejandra Villa B

Profesional: VILLA BUSTAMANTE ALEJANDRA
Especialidad: PEDIATRIA
R.M: 1094916474

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

MEDICAMENTOS / EXAMENES / REFERENCIA / SERVICIO URGENCIAS

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON	**Identificación:**	1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010 **Edad a la fecha del folio:**	15 Años \ 1 Mes \ 26 Dias	**Estado Civil:** Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL	**Teléfono:**	3104478287
Procedencia:	ARMENIA	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 103** **24/07/2025 13:25:34**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

ORDENES MEDICAS

Hospitalizacion

** PACIENTE CURSANDO CON CEFALEA SE INDICA ADMINSITRACION DE ACETAMINOFEN

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F193	F193 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTAN

MEDICAMENTOS

CANT	NOMBRE	Posologia
3	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	ADM UNA TABLETA CADA 8H SEGUN DOLOR

Medico: PADILLA GARCIA LAURA JULIANA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
R.M: 1094978144

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON		**Identificación:**	1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 26 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL		**Teléfono:**	3104478287	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 104** **24/07/2025 15:15:14**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

HISTORIA CLINICA DE HOSPÍTALIZACION

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE:ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON
ID: 1091886435
EDAD: 15 AÑOS
NUEVA EPS
FECHA DE INGRESO URGENCIAS:23.07.25
FECHA DE INGRESO PISO: 24.07.25

PACIENTE FEMENINA CON DIAGNÓSTICO DE:

1. CONSUMO DE SPA

ATENCIÓN INICIAL 23.07.25

MOTIVO DE LA CONSULTA
ACOMPÑANTE REFIERE: "ESTABA EN FARO Y SE EVADE Y PRESENTA CONSUMO"

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS EN COMPAÑIA DE TUTOR DEL BIENESTAR FAMILIAR POR PRESENTAR CAUDRO DE EVASON DLE FARO HACE 24 HORAS REFIERE VOLVIO HACE 2 HORAS CON PRESENCIA DE CONSUMO DE PEGANTE Y SE TORNA AGRESIVA, PACIENTE QUIEN CONSUME DESDE LOS 11 AÑOS DE EDAD, CONSUME PEGANTE, PERICO, TUSI, MARIHUANA, POPER, NIEGA OTRA SINTOMOLOGIA ASOCIADA. REFIERE HA PRESENTADO EVASION DEL FARO EN 5 OCASIONES

ANTECEDENTES:
PERSONALES: NIEGA
FAMACOLOGICO: LEVOMEPROMACINA 4%, SERTRALINA, QUETIAPINA
QUIRURGICO. NIEGA
ALERGICO: NIEGA
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
INMUNOLOGICO: REFIERE PAI AL DIA (NO APORTA CARNET)

ANALISIS
PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE BIENESTAR FAMILIAR QUIENES INGRESA POR EVASION DEL FARO, ACOMPAÑENTES REFIEREN ESTO HA PASADO EN 5 OCASIONES, INGRESA CONSUMIENTO, EN EL MOEMNTO PACIENTE ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMCIAMENTE, NO SE ENCUENTRA AGRESIVA, COSNIDERO VALORACION POR QUEIPO DE SALUD MENTAL, SE LE EPLXICA A LOS ACOMPAÑANTES CONDUCTA A SEUGIR ESTOS REFIERENE ENTEDER Y ACEPTAR

DESCRIPCION SUBJETIVA

**SUBJETIVO:
PACIENTE CON BUENA EVOLUCION,TRANUQUILA,COLABORA

RESPUESTA IC PSIQUIATRÍA DRA OLAVE 23.07.25

PACIENTE DE 15 AÑOS YA CONOCIDA POR LA ESPECIALIDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN PROGRAMA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN FARO, AHORA INGRESA POR FUGA INSTITUCIONAL) ÚLTIMA FUGA HACE 24 HORAS, PERSONAL DE ICBF REFIEREN QUE SE HA FUGADO DEL CENTRO EN 5 OCASIONES EN EL ÚLTIMO MES, REINGRESA EN NO MÁS DE 24 HORAS A EL CENTRO BAJO EFECTO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS, PACIENTE QUIEN INDICA QUE DESEA VOLVER CON SU FAMILIAR, SE LE HACER INTERVENCIÓN Y SE LE EXPLICA QUE EL HECHO DE HACER ESTE TIPO DE ACTOS LE AUMENTARAN LA ESTANCIA Y DISMINUYE LA POSIBILIDAD DE RESTABLECIMIENTO A HOGAR, REFIERE ENTENDER LA SITUACIÓN. POR AHORA SE

HISTORIA CLINICA HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON		**Identificación:**	1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 26 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL		**Teléfono:**	3104478287	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DEJA EN HOSPITALIZACIÓN, SE INDICA INICIO DE MEDICACIÓN Y SE INICIA TRÁMITE DE REMISIÓN A UNIDAD DE SALUD MENTAL.

RESPUESTA IC PSICOLOGIA 23.07.25
CON AUTORIZACION DE LOS FUNCIONARIOS SE REALIZA INTERVENCION A SOLAS CON LA MENOR, LA CUAL IFORMA QUE NO SE ENCUENTRA ESCOLARIZADA DESDE HACE 3 AÑOS. SE IDENTIFICA COMO NO BINARIO. REFIERE CONSUMO DE SPA DESDE LOS 11 AÑOS (BAZUCO, TUCI, POPER, MARIHUANA, PERICO, PEGANTE) DROGA DE IMPACTO EL PEGANTE, ULTIMO CONSUMO EL DIA DE AYER. SE GENERA ESCUCHA ACTIVA Y ESPACIO PARA EXPRESION DE EMOCIONES, MENOR CON ESTADO DE ANIMO DE APARIENCIA TRISTE, AFECTO PLANO, POBRE REACTIVIDAD EMOCIONAL Y RESTRICCION EN LA EXPRESION AFECTIVA.

EVO DRA VILLA 24.07.25
PACIENTE ADOLESCENTE FEMENINA DE 15 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE PEGANTE Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN COMPAÑÍA DE FUNCIONARIO DE FUNDACIÓN FARO , QUIEN REFIERE QUE HA SUCEDIDO LO MISMO EN VARIAS OCASIONES, EN LA VALORACIÓN PACIENTE DORMIDA, NO AGRESIVA NI EXALTADA, ACOMPAÑANTE REFIERE QUE TUVO UNA NOCHE TRANQUILA, CON SUEÑO CONSERVADO. AUN EN OBSERVACIÓN A LA ESPERA DE REMISIÓN A UNIDAD DE SALUD MENTAL, POR EL MOMENTO SE HOSPITALIZA EN ESPERA DE REMISIÓN

**EXAMEN FÍSICO DE INGRESO A PISO

TENSION ARTERIAL: 103/61 MMHG
FRECUENCIA CARDÍACA: 88 LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 RPM
TEMPERATURA: 37.5 °C
SPO2: 96%

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NORMOCÉFALO. CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATÍAS PALPABLES. PUPILAS SIMÉTRICAS, REACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS ROSADAS. MUCOSA ORAL HÚMEDA, FARINGE SIN ERITEMA. TORAX SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RSCSRS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EXTREMIDADES MÓVILES, ARCOS DE MOVIMIENTOS COMPLETOS, NO EDEMA. NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

SIN PARACLINCIOS

**ANALISIS DE INGRESO A PISO

PACIENTE ADOLESCENTE FEMENINA DE 15 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE PEGANTE Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS,QUE INGRESA AL SERVICI DE URGENCIAS EN COMPAÑÍA DE FUNCIONARIO DE FUNDACIÓN FARO POR EVASION DE LA INSTITUCION Y REINGRESO CON CONSUMO DE SISTANCIAS, SE INGRESA PARA VALORACION MULTIDISCIPLINARIA ,CON BUENA EVOLUCION CLINICA TRANQUILA, VALORADA PREVIAMENTE POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA QUIEN INDICA MANEJO FARMACOLOGICO E INICIO DE TRAMITE DE REMISION A LA ESPERA DELA MISMA,INGRESA ESTABLE EN ADECUADAS CONDICIONES. SE EXPLICA CONDUCTA A ACOMPAÑANTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

**RIESGO EN EL PACIENTE
-- CAIDA: ALTO
--FUGAS: BAJO
--ULCERAS POR PRESION : BAJO

PLAN DE MANEJO

PLAN
PESO 54 KG
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA
ACOMPAÑANTE PERMANENTE
BARANDAS ARRIBA
DIETA CORRIENTE
* Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio día
** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas
** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1 tableta en la noche
CONTROL DE SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

HISTORIA CLINICA HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON		**Identificación:**	1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 26 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL		**Teléfono:**	3104478287	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CONCILIADOS

Motivo de Conciliación Medicamentosa

Alergia a Cual (es) Medicamento(s)

Medicamentos/Concentración /Forma Farmacéutica	Dosis	Frecuencia	Lo Trae el paciente	Horario
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	

HISTORIA CLINICA HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON			**Identificación:**	1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:**	15 Años \ 1 Mes \ 26 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL			**Teléfono:**	3104478287
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

ORDENES MEDICAS

Hospitalizacion

PLAN
PESO 54 KG
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA
ACOMPAÑANTE PERMANENTE
BARANDAS ARRIBA
DIETA CORRIENTE
* Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio día
** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas
** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1 tableta en la noche
CONTROL DE SIGNOS VITALES
AVISAR CAMBIOS

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F193	F193 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTAN

Profesional: PADILLA GARCIA LAURA JULIANA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
R.M: 1094978144

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO
SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

NOTA EVENTUALIDADES

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON		**Identificación:**	1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 26 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL		**Teléfono:**	3104478287	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	SNEPS - LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 105** **24/07/2025 16:51:37**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

NOTA EVENTUALIDADES

DESCRIPCION DE EVENTO Y/O PROCEDIMIENTO

Paciente femenina de 15 años con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas a partir d los 11 años, quien se encuentra en programa de restablecimiento de derechos en institución el faro. Consulta el 23.07.2025 por presentar fuga y consumo de sustancia (se ha fugado en 5 ocasiones de la institución en el ultimo mes) paciente quien refiere deseo de volver con su familia valorada previamente por especialidad de psiquiatría quien inicia tramite de remisión a salud mental inicia manejo medico además indica valoracion en 72 horas si esta estable sin alteraciones afectivas ni comportamentales y no ha salido el cupo de dara egreso medico. Ingresa a hospitalización pediatria en adecuadas condiciones generales, afebril sin signos de dificultad respiratoria, tranquila, continúa con manejo medico instaurado, no se realizan cambios, continúa pendiente autorización de remisión, se explica condición clínica y conducta mèdica al acompañante quien refiere entender y aceptar se aclaran dudas.

ORDENES MEDICAS

Hospitalizacion

PLAN PESO 54 KG- HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA / PSIQUIATRIA - ACOMPAÑANTE PERMANENTE- BARANDAS ARRIBA- DIETA NORMAL PEDIATRICA 3 * Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio dia** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1 tableta en la noche- CONTROL DE SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOS

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F180	F180 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES: INTOXICACION AGUDA

Yuliana Cortes C.

Profesional: CORTES CARMONA YULIANA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
R.M: 1094976893

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS	PLAN DE ATENCION ENFERMERIA	Pagina: 1 de 1
		Codigo:CG-FO-156
	GESTION CLINICA	Version: 01
		Vigente a partir de: Febrero 12 de 2019

Ingreso: 2735205 **Fecha Ingreso** 23/07/2025 15:07:35 Fecha Actual : martes, 29 julio 2025

Paciente: 1091886435 - ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON **Cama:** 351

Eps: LA NUEVA EPS S.A. **Telefono:** 3104478287

Edad a la Fecha del Folio: 15 Años / 1 Meses / 25 Días **Folio N° 106** 24/07/2025 19:07:26

DX ENFERMERIA
00188 TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD R/C ABUSO DE SUSTANCIAS.,
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
Fomentar actividades creativas Ayudar al paciente a identificar las actividades significativas Enseñar al paciente y a la familia a realizar la actividad prescrita.,

RIESGOS CLINICOS	
UPP	RIESGO ALTO
CAIDAS	
ALERGIAS	Otros,
CUAL:	
DISCAPACIDAD	Ninguna,

DIETA	OTRAS
CUAL	NP3
AISLAMIENTO	Ninguno,
OXIGENOTERAPIA	Ninguno,
FECHA TRATAMIENTO	
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	-CARBAMAZEPINA X200MG DAR 1 TAB VO C/12H -SERTRALINA TABLETA DE 50 MG DAR1 TABLETA EN LA MAÑANA Y 1 TAB AL MEDIO DIA -QUETIAPINA TABLETA DE 25 MG 1 CADA NOCHE

ESPECIALIDAD	MEDICINA PEDIATRICA				
VACUNACION				VACUNA COVID-19	
PESO INICIAL	54 KG	PESO FINAL			
OBSERVACIONES APOYO DX:	VALORADA POR PSICOLOGIA PSIQUIATRIA 23/07/25 23/07/25 VX PSIQUIATRIA:				

PENDIENTES:	DX: CONSUMO DE SPA CUIDADOS DE ENFERMERIA: -VIGILAR AUTO - HETERO AGRESION -ACOMPAÑANTE PERMANNETE -VIGILAR CAMBIOS CONDUCTUALES -RIESGO ALTO DE FUGA -CSV/AC PENDIENTE: -PENDIENTE REMISIÓN A UNIDAD MENTAL COMENTADA EL 23/07/25 CON CRISTIAN P/ RE VALORACION POR PSIQUIATRIA EN 72H (SI PERMANECE SIN ALERACIONES AFECTIVAS Y NO HA SALIDO CUPO SE DARA EGRESO MEDICO DEBE PERMANECER CON ACOMPAÑANTE DE BIENESTAR FAMILIAR 24/7 MIENTRA ESTE EN MANEJO INTRAHOSPITALARIO)
PREPARACIONES	\N\N\N\N\N\N

SOAPIE

SUBJETIVO	PACIENTE POR EL MOMENTO REFIERE ESTAR BIEN, NO HABLA MUCHO. SE OBSERVA TRANQUILA.
OBJETIVO	ADOLESCENTE DE 15 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE MULTIPLES SPA DESDE LOS 11 AÑOS, ASI COMO CONDUCTAS DEHETEROAGRESION, AUTOAGRESION, ASI COMO ALTA PERMANENCIA EN CALLE, AL MOMENTO TRANQUILA, CON ANSIENDAD POR CONSUMO, NO IDEAS SUCIDAS EN EL MOMENTO. TIENE MANILLA DE IDENTIFICACIÒN.
ANALISIS	TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD R/C ABUSO DE SUSTANCIAS.
PLAN	MEJORAR ESTADO DE SALUD
INTERVENCION	-VIGILAR AUTO - HETERO AGRESION -CSV/AC -ACOMPAÑANTE PERMANNETE 24/7 -VIGILAR CAMBIOS CONDUCTUALES
EVALUACION	PACIENTE APARENTEMENTE TRANQUILA, EN ESPERA DE REMISIÓN A UNIDAD DE SALUD MENTAL/ SI NO HAY RESPUESTA POR PARTE DE LA EPS SE DA EGRESO EN 72H, PENDIENTE HOSPITALIZAR Y CONTINUA EN SEGUIMIENTO A UNIDAD MENTAL.

Mitchelle Ramos.

RAMOS SANTA MITCHELLE

1094971475

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

SOLICITUD DE DIETAS

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON
Identificación: 1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 29/mayo/2010 **Edad Actual:** 15 Años / 2 Meses / 0 Días
Estado Civil: Soltero
Dirección: FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL
Teléfono: 3104478287
Procedencia: ARMENIA
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: LA NUEVA EPS S.A.
Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)
Nivel - Estrato: REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 107**
(Fecha: 25/07/2025 12:49 a. m.) **Folio Asociado: 99**

Responsable: SEBASTIAN RINCON
Teléfono Resp: 3163171930
Dirección Resp:
Nº Ingreso: 2735205 **Fecha:** 23/07/2025 3:32:35 p. m.
Finalidad Consulta: Otra
Numero cama: 351

HORARIO	
DESAYUNO	SI
DIETA	NP 3
REFRIGERIO	NO
DESECHABLE	NO
TBC	NO
FONO	NO

HORARIO	
ALMUERZO	SI
DIETA	NP 3
REFRIGERIO	NO
DESECHABLE	NO
TBC	NO
FONO	NO

HORARIO	
COMIDA	SI
DIETA	NP 3
REFRIGERIO	NO
DESECHABLE	NO
TBC	NO
FONO	NO

OBSERVACIONES (FAVOR REGISTRAR GUSTOS Y PREFERENCIAS DEL PACIENTE)

Mitchelle Ramos.

Profesional: RAMOS SANTA MITCHELLE
Especialidad: ENFERMERA JEFE
R.M: 1094971475

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

EVOLUCION PSIQUIATRIA

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON			**Identificación:** 1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:**	15 Años \ 1 Mes \ 27 Días	**Estado Civil:** Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL			**Teléfono:** 3104478287	
Procedencia:	ARMENIA			**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 108** **25/07/2025 11:06:26**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

EVOLUCION PSIQUIATRICA

SUBJETIVO

Paciente de 14 años quien se encuentra en su 2do dia hospitalario en compensacion de sintomas de intoxicacion aguda por uso de SPA paciente que está bajo custodia de bienestar familiar fundación faro y traida por fuga y el consumopersonal de enfermería presenta la paciente sin problemas de manejo y tomando medicamento

OBJETIVO

Paciente en cama de hospitalización, en compañía de madre sustituta, se encuentra dormida, pero está alertable, refiere que se siente mejor, no se ve con síntomas de abstinencia y describe que durmió bien.no se evidencian alteraciones en el afecto, pensamiento coherente relevante, con tono de voz adecuado, niega ideas de auto o heteroagresión, juicio de la realidad conservado.

ANALISIS

Paciente en el momento colaboradora y sin problemas comportamentales, se considera que la paciente ya se compenso de la fase aguda de su problemática (intoxicación) aguda por volátiles, y como estaba ya descrito teniendo en cuntaque en el momet el quindio no tiene centro de internación para niños y adolescentes , se considera debe trasladarse a el lugar donde debe continuar con la contención y manejo de su parte comportamentales ya que este no depende del hospital general. se explica que se refiere entender y aceptar ya que ella misma estaba solicitando su traslado nuevamente.

CONDUCTA

Alta medica ** Sertralina tableta de 50 mg. Dar 1 tableta en al mañana y 1 tableta al medio día** Carbamazepina tableta de 200 mg. Dar 1 cada 12 horas** Quetiapina tableta de 25 mg. Dar 1/2 tableta en la nochevaloracion prioritaria en su eps psicologia

PSICOTERAPIAS POR PSIQUIATRIA

False	HORA:
False	HORA:
False	HORA:

ACTIVIDADES DE EDUCACION Y / O SALUD PUBLICA

ORDENES MEDICAS

Hospitalizacion

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F180	F180 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES: INTOXICACION AGUDA
Presuntivo	Z731	Z731 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD

Profesional: OLAVE JARAMILLO MARCELA
Especialidad: PSIQUIATRIA
R.M: 31793817

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

HISTORIA CLÍNICA

EVOLUCION PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON	**Identificación:**	1091886435 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010 **Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 27 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL	**Teléfono:**	3104478287
Procedencia:	ARMENIA	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 109** **25/07/2025 12:32:54** **Cama:351**

Responsable:	SEBASTIAN RINCON	**Teléfono Resp:**	3163171930
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2735205 **Fecha:** 23/07/2025 15:32:35
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

EVOLUCION PEDIATRIA

SUBJETIVO

DIAGNOSTICO:
CONSUMO DE SPA (BOXER)
RESIDENCIA EN INSTITUCIÓN EL FARO

ANTECEDENTES:
PERSONALES: NIEGA
FARMACOLOGICO: LEVOMEPROMAZINA 4%, SERTRALINA, QUETIAPINA
QUIRÚRGICO. NIEGA
ALÉRGICO: NIEGA
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
TÓXICO: CONSUMO DE SPA (BOXER)
INMUNOLÓGICO: REFIERE PAI AL DIA (NO APORTA CARNET)

SUBJETIVO:
PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑÍA DE CUIDADORA QUIEN REFIERE VERLA TRANQUILA, CON ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, SIN EPISODIOS DE AGRESIVIDAD, MENCIONA QUE EL DÍA DE AYER PRESENTÓ CEFALEA QUE MEJORÓ CON MANEJO ANALGESICO. PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, AHORA SIN CEFALEA, CON ADECUADA TOLERANCIA A LA VÍA ORAL

OBJETIVO

103/84 FC 81 T 35.7 SPO2 99

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, TRANQUILA, AFEBRIL. NORMOCÉFALA, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HIDRATADA SIN LESIONES. TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. ABDOMEN BLANDO, NO LUCE DISTENDIDO, NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, CON PULSOS PRESENTES LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS.. NEUROLÓGICO NO APARENTA DÉFICIT NI FOCALIZACIONES.

ANALISIS

ADOLESCENTE FEMENINA DE 15 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SPA, RESIDENTE DE INSTITUCIÓN EL FARO, CON MÚLTIPLES FUGAS EN EL ULTIMO MES, ULTIMA EL DÍA 23.07.25 CON RECAÍDA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS POR LO QUE LA TRAEN A LA INSTITUCIÓN. A LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA PACIENTE ESTABLE, TRANQUILA, RECIBIENDO MANEJO FARMACOLÓGICO INSTAURADO POR PSIQUIATRÍA, NO SE HAN EVIDENCIADO EPISODIOS DE AGRESIVIDAD. SE ENCONTRABA PENDIENTE DEFINIR MANEJO ADICIONAL POR PSIQUIATRÍA QUIENES EL DÍA DE HOY CONSIDERAN QUE PACIENTE PUEDE RECIBIR EGRESO POR LO QUE SE DA ALTA DE NUESTRA ESPECIALIDAD. CUIDADORA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN

EVOLUCION PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1091886435

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ANGIE MARCELA GONZALEZ LEON		**Identificación:**	1091886435	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	29/mayo/2010	**Edad a la fecha del folio:** 15 Años \ 1 Mes \ 27 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	FUNDACION EL FARO SAN RAFAEL		**Teléfono:**	3104478287	
Procedencia:	ARMENIA		**Ocupación:**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	LA NUEVA EPS S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	LA NUEVA EPS (SUBSIDIADO)	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN SUBSIDIADO

-EGRESO
-INDICACIONES POR PSIQUIATRÍA
** SERTRALINA TABLETA DE 50 MG. DAR 1 TABLETA EN AL MAÑANA Y 1 TABLETA AL MEDIO DÍA
** CARBAMAZEPINA TABLETA DE 200 MG. DAR 1 CADA 12 HORAS
** QUETIAPINA TABLETA DE 25 MG. DAR 1/2 TABLETA EN LA NOCHE
**VALORACION PRIORITARIA EN SU EPS PSICOLOGIA

CONSULTE INMEDIATAMENTE A URGENCIAS SI:
***SI PRESENTA FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS QUE NO MEJORA CON ACETAMINOFÉN NI MEDIOS FÍSICOS O DURE MÁS DE 3 DÍAS.
***NO ORINA EN TODO EL DÍA, ESTÁ HINCHADA.
***VOMITA TODO LO QUE COME O NO TOMA NADA.
**DIARREA CON SANGRE, QUE PRESENTE 4 EPISODIOS EN 4 HORAS O MÁS DE 10 VECES EN 24 HORAS.
***SI PRESENTA CONVULSIONES, NO RESPONDE ADECUADAMENTE, ESTÉ MUY DORMIDA O INCONSCIENTE.
***RIGIDEZ DE NUCA, NO PUEDA MOVER LA CABEZA LIBREMENTE O LE DUELA DEMASIADO AL HACERLO.
***SI SANGRA POR ALGUNA PARTE DEL CUERPO.
***SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA: SE LES HUNDEN LAS COSTILLAS AL RESPIRAR, COLORACIÓN MORADA DE LABIOS O UÑAS, RESPIRACIÓN RÁPIDA SIN QUE HAYA FI
***SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: BOCA SECA, OJOS HUNDIDOS, TOS, LLANTO SIN LÁGRIMAS.EBRE, ALETEO NASAL.
***DOLOR O DISTENSIÓN ABDOMINAL PERSISTENTE.

Escala del dolor Pediatria 0 - Sin dolor

ORDENES MEDICAS

-EGRESO
-INDICACIONES POR PSIQUIATRÍA
** SERTRALINA TABLETA DE 50 MG. DAR 1 TABLETA EN AL MAÑANA Y 1 TABLETA AL MEDIO DÍA
** CARBAMAZEPINA TABLETA DE 200 MG. DAR 1 CADA 12 HORAS
** QUETIAPINA TABLETA DE 25 MG. DAR 1/2 TABLETA EN LA NOCHE
**VALORACION PRIORITARIA EN SU EPS PSICOLOGIA

CONSULTE INMEDIATAMENTE A URGENCIAS SI:
***SI PRESENTA FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS QUE NO MEJORA CON ACETAMINOFÉN NI MEDIOS FÍSICOS O DURE MÁS DE 3 DÍAS.
***NO ORINA EN TODO EL DÍA, ESTÁ HINCHADA.
***VOMITA TODO LO QUE COME O NO TOMA NADA.
**DIARREA CON SANGRE, QUE PRESENTE 4 EPISODIOS EN 4 HORAS O MÁS DE 10 VECES EN 24 HORAS.
***SI PRESENTA CONVULSIONES, NO RESPONDE ADECUADAMENTE, ESTÉ MUY DORMIDA O INCONSCIENTE.
***RIGIDEZ DE NUCA, NO PUEDA MOVER LA CABEZA LIBREMENTE O LE DUELA DEMASIADO AL HACERLO.
***SI SANGRA POR ALGUNA PARTE DEL CUERPO.
***SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA: SE LES HUNDEN LAS COSTILLAS AL RESPIRAR, COLORACIÓN MORADA DE LABIOS O UÑAS, RESPIRACIÓN RÁPIDA SIN QUE HAYA FI
***SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: BOCA SECA, OJOS HUNDIDOS, TOS, LLANTO SIN LÁGRIMAS.EBRE, ALETEO NASAL.
***DOLOR O DISTENSIÓN ABDOMINAL PERSISTENTE.

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	F180	F180 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES: INTOXICACION AGUDA
Presuntivo	Z731	Z731 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	CANTIDAD
19932573-01	SERTRALINA 50 MG TABLETA	60
44969-04	CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETA (Alto Riesgo)	60
20016921-02	QUETIAPINA 25 MG TABLETA	30

Profesional: URINA VALENCIA DIANA PATRICIA
Especialidad: PEDIATRIA
R.M: 240796

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F4.P13.P	31/12/2020
	CERTIFICACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO	Versión 2	Página 1 de 1

EL(A) COORDINADOR(A) DEL CENTRO ZONAL MARIANA PINZON OVALLE DE PROTECCION ARMENIA SUR

CERTIFICA QUE

YOLIGMA ROMERO PULIDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No **24.579.421** realizó acompañamiento hospitalario a **ANGIE MARCELA GONZALES** desde el **23/07/2025 hasta el 25/07/2025.**
Que según consta en los documentos adjuntos (informes de los equipos de la Defensoría de Familia o del Centro Zonal que realizan seguimiento al niño en su internamiento hospitalario), el acompañamiento se realizó de la siguiente manera:

Fecha	Jornada	Total Horas
23/07/2025	Diurna	3
23/07/2025	Nocturna	9
24/07/2025	Diurna	3
24/07/2025	Nocturna	9
25/07/2025	Diurna	1

La presente se expide en la ciudad de **Armenia – Quindío**, dirigida a la Dirección de Protección **ARMENIA SUR,** a los 31 días del mes julio del año **2025**.

Cordialmente,

Firma Mariana Pinzón Ovalle
Nombre _____
Coordinador(a) centro Zonal _____
Anexo: _____ folios

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
FORMATO DE SEGUIMIENTO COMPRAS LOCALES

REGIONAL: QUINDÍO

Nº DE CONTRATO: 63001982025

FECHA DE INICIO: 1/07/2025

FECHA DE TERMINACIÓN: 31/10/2025

TIEMPO DE EJECUCIÓN (Meses): 4

VALOR TOTAL CONTRATO: $ 442.394.736

No. CUPOS ASIGNADOS: 49

% DE COMPRA LOCAL: 30

NIT DEL OPERADOR: 800034694

NOMBRE DEL OPERADOR: FUNDACION FARO

PROGRAMA: PROTECCIÓN

MODALIDAD: ACOGIMIENTO

SERVICIO: INTERNADO / CASA DE ACOGIMIENTO PARO

USUARIO: SPQuindio

MES VALIDADO: JULIO

FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN: 25-ago-2025 09:38

VALOR TOTAL COMPRA DE ALIMENTOS: $22.989.107,00

Porcentaje de Compra Local	
Reportado (%):	50,07
Validado (%):	50,07

NOTA DEL SUPERVISOR:

NOTA DEL OPERADOR:

Firma del supervisor: Jhovana Zapata Henao.

Nombre del Supervisor: JHOVANA ZAPATA HENAO

Firma de quien reporta:

Nombre de quien reporta: NICOLAS

No.	Mes	Producto Local	Unidad de Medida	Cantidad	Valor Total ($)	Municipio del Proveedor	Tipo de Proveedor	Nombre del Proveedor	% Compra local
1	Julio	Yogurt	Unidades	68	$602.650,00	Armenia - Quindío	Pequeño Productor (PP)	COOPERATIVA COLANTA	2,62
2	Julio	Kumis	Unidades	53	$472.500,00	Armenia - Quindío	Pequeño Productor (PP)	COOPERATIVA COLANTA	2,05
3	Julio	Queso	Unidades	141	$1.030.400,00	Armenia - Quindío	Pequeño Productor (PP)	COOPERATIVA COOLANTA	4,43
4	Julio	Leche liquida UHT	Unidades	528	$2.217.600,00	Armenia - Quindío	Pequeño Productor (PP)	COOPERATIVA COLANTA	9,65
5	Julio	Huevo	Unidades	870	$464.000,00	Filandia - Quindío	Pequeño Productor (PP)	JORGE ANDRES QUIROZ	2,02
6	Julio	Carne de pollo	Kilos	124	$2.903.260,00	Filandia - Quindío	Pequeño Productor (PP)	JORGE ANDRES QUIROZ	12,63
7	Julio	Carne de cerdo	Kilos	143	$2.510.970,00	La Tebaida - Quindío	Pequeño Productor (PP)	PEDRO ANTONIO	10,92
8	Julio	Carne de res	Kilos	59	$1.308.370,00	La Tebaida - Quindío	Pequeño Productor (PP)	PEDRO ANTONIO	5,69

Todo documento impreso de la entidad, pasa a ser de carácter público
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR

FORMATO SEGUIMIENTO DE EJECUCION FINANCIERA

Clasificación de la información: PÚBLICA

FORMATO DE LEGALIZACION PERIODICO No	1	ESTADO DEL CONTRATO	VIGENTE
Fecha:	martes, 12 de agosto de 2025	Hora Inicio:	02:00pm
		Hora Final:	05:30pm
Lugar:	ARMENIA		
Dependencia que Convoca:	SUPERVISION		
Objetivo:	LEGALIZACION FINANCIERA 63001982025 DE LA EJECUCION DEL MES DE JULIO ACTA 192		

CONTRATO APORTES SUSCRITO

1. DATOS GENERALES:

DATOS SUPERVISOR DEL CONTRATO DE APORTE:		DATOS DEL OPERADOR:	
Nombres:	JHOVANA ZAPATA HENAO	Nombres Representante Legal:	LUIS EDIER USMA OSORIO
		Nombres del Contador o Revisor	CLAUDIA MARCELA OROZCO
Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Nombre de la Entidad:	FUNDACION FARO
Regional:	QUINDIO	Dirección:	CALARCA CALLE 40 N23 - 54
Centro Zonal:	ARMENIA	Teléfonos:	3176679751
Correo Electrónico:	jhovanazapatahenao@icbf.gov.co	Correo Electrónico:	directorgeneral@fundacionfaro.org
Número de cuenta y Entidad Bancaria:	BANCOOMEVA 060104643401	Rendimientos Financieros consignados a la	$ - Fecha: 12/08/2025

2. Planilla Liquidación Cupos Para Desembolso

Modalidades	Valor Cupo/Mes	PORCENTAJES	Cupos Contratados	Cupos Ejecutados	Cupos Inejecutados	Valor Total Por Modalidad	DISMINUCIONES EGRESOS	Adicones Ingresos	Total
1.)	$ 2.257.116	63%	49	32,68	16,31666667	$ 97.045.756	Acciones complementarias para la gestión en el restablecimiento de derechos y/o administración de justicia (112)	Acciones complementarias para la gestión en el restablecimiento de derechos y/o administración de justicia (112)	$ 6.000.000
2.)		0%	0	0	0	$ -	Orientación para la vida personal, social,	Orientación para la vida personal, social, profesional y vocacional (Centro	$ -
3)		0%	0	0	0	$ -	Dotación de unidades aplicativas (Centro costos	Dotación de unidades aplicativas (Centro costos 114)	$ -
4.)		0%	0	0	0	$ -	Obsequio Celebración Cumpleaños	Obsequio Celebración Cumpleaños	$ -
5.) Intervención de apoyo		0%	0	0	0	$ -	Obsequio Celebración Decembrina	Obsequio Celebración Decembrina	$ -
6.) Apoyo psicosocial		0%	0	0	0	$ -	Total a disminuir	Total a Pagar	$ 6.000.000
Valor Total a Pagar	$ 2.257.116	63%	49	32,68333333	16,31666667	$ 97.045.756		$	103.045.756

Total a pagar del periodo:

2.1 Seguimiento Desembolsos

DESEMBOLSO 1	DESEMBOLSO 2	DESEMBOLSO 3	DESEMBOLSO 4	DESEMBOLSO 5	DESEMBOLSO 6	DESEMBOLSO 7	DESEMBOLSO 8	DESEMBOLSO 9	RUBRO 112	DESEMBOLSO 12	TOTAL
$ 110.598.684	$ 110.598.684	$ 110.598.684	$ 110.598.684	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 6.000.000	$ -	$ 448.394.736
Desembolso Real Realizado por la Supervisión											
$ 110.598.684	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 110.598.684
Diferencia entre valor pagado y ejecución del operador de servicios (Inejecuciones en R.P)											
$ -	$ 110.598.684	$ 110.598.684	$ 110.598.684	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 6.000.000	$ -	$ 337.796.052

3. ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS SOPORTES CONTABLES DEL COMPONENTE FINANCIERO.

RUBRO	DESCRIPCIÓN DEL GASTO	DISMINUCIÓN	ADICIÓN	PRESUPUESTO APROBADO DEL MES	TOTAL MES	Pagos realizados en el mes que se revisa	Total pagos acumulados	Cuentas por pagar acumuladas	AHORRO DE LAS TRANSACCIONES	SOPORTES PRESENTADOS PARA LA LEGALIZACIÓN DEL GASTO
TALENTO HUMANO	Salario	$ -	$ -	$ 8.429.000	$ 7.061.500	$ 7.061.500	$ 7.061.500	$ -	$ 1.367.500	☑ CEDULA ☑ RUT ☑ CONTRATO
	Auxilio de Transporte	$ -	$ -	$ 1.000.000	$ 900.000	$ 900.000	$ 900.000	$ -	$ 100.000	☑ CERTIFICACION BANCARIA ☑ CAUSACION
	Horas Extras Recargo Nocturno	$ -	$ -	$ 1.069.271	$ 960.216	$ 960.216	$ 960.216	$ -	$ 109.055	☐ PLANILLA T.H ☑ D 1 DIAN ☑ CUENTA DE COBRO
	Cesantías	$ -	$ -	$ 785.750	$ 743.476	$ 190.884	$ 190.884	$ 552.592	$ 42.274	☑ SEGURIDAD SOCIAL ☑ INFORME DE ACTIVIDADES
	Vacaciones	$ -	$ -	$ 352.314	$ 334.506	$ 87.108	$ 87.108	$ 247.398	$ 17.809	☑ CEDULA ☑ TRANSACCION DE PAGO
	Prima de Servicios	$ -	$ -	$ 785.750	$ 743.476	$ 190.884	$ 190.884	$ 552.592	$ 42.274	☑ CEDULA OBSERVACIONES T.H
	Intereses/Cesantías	$ -	$ -	$ 94.290	$ 89.217	$ 1.909	$ 1.909	$ 87.308	$ 5.073	☑ CEDULA
	Aportes Parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación)	$ -	$ -	$ 760.389	$ 721.954	$ -	$ -	$ 721.954	$ 38.435	☑ CEDULA
	Aportes salud, pensión y ARL	$ -	$ -	$ 1.937.809	$ 1.839.861	$ -	$ -	$ 1.839.861	$ 97.949	☑ CEDULA
	Honorarios	$ -	$ -	$ 35.280.000	$ 35.280.000	$ 20.885.000	$ 20.885.000	$ 14.395.000	$ -	☑ CEDULA
	Dotación Trabajadores	$ -	$ -		$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑ CEDULA
	Implementación Sistema Integrado de Gestión	$ -	$ -	$ 250.000		$ -	$ -	$ -	$ 250.000	☑ CEDULA

NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	ALIMENTACIÓN	$ -	$ -	$ 26.695.600	$ 22.988.107	$ 15.312.675	$ 15.312.675	$ 7.675.432	$ 3.707.493	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	EMERGENCIAS Y BOTIQUÍN (MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL POS)	$ -	$ -	$ 800.000		$ -	$ -	$ -	$ 800.000	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT
	EDUCACIÓN (DOTACIÓN ESCOLAR, MATERIAL PEDAGOGICO Y DE ASEO ESCOLAR)	$ -	$ -	$ 1.500.000	$ 16.300	$ 16.300	$ -	$ -	$ 1.483.700	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT
	DOTACIÓN PERSONAL	$ -	$ -	$ 11.000.000	$ 10.675.400	$ 10.408.515	$ 10.408.515	$ 266.885	$ 324.600	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	DOTACIÓN DE ASEO E HIGIENE PERSONAL	$ -	$ -	$ 2.215.270	$ 2.215.270	$ 184.804	$ 184.804	$ 2.030.466	$ -	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	RECREACIÓN	$ -	$ -	$ 2.403.341	$ 2.403.341	$ 2.350.000	$ 2.350.000	$ 53.341	$ -	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	DOTACIÓN LÚDICO DEPORTIVA (POR REPOSICIÓN)	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -	$ -	$ -	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	TRANSPORTE PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	$ -	$ -	$ 4.000.000	$ 2.831.000	$ 1.007.398	$ 1.007.398	$ 1.823.602	$ 1.169.000	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	CENTROS DE INTERES - ARTES (SOLO SRPA)	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -	$ -	$ -	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	ACCIONES COMPLEMENTARIAS RUBRO 112	$ -	$ -	$ 3.000.000	$ 497.828	$ -	$ -	$ 497.828	$ 2.502.172	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	CUMPLEAÑOS	$ -	$ -			$ -	$ -		$ -	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
SUBTOTAL: NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES		$ -	$ -	$ 51.614.211	$ 41.627.246	$ 29.279.692	$ 29.263.392	$ 12.347.554	$ 9.986.965	OBLIGADOS A FACTURAR	NO OBLIGADOS A FACTURAR
GASTOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS	SERVICIOS PÚBLICOS	$ -	$ -	$ 2.000.000	$ 905.000	$ 905.000	$ 905.000	$ -	$ 1.095.000	CAUSACION FACTURA DEL SERVICIO TRANSACCION DE PAGO	
	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES INSTALACIONES LOCATIVAS	$ -	$ -	$ 3.000.000	$ 745.452	$ 586.791	$ 586.791	$ 158.661	$ 2.254.548	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT
	UTILIZACIÓN DE INSTALACIONES EN AMBIENTES SANOS Y ADECUADOS	$ -	$ -	$ 9.000.000	$ 9.000.000	$ 8.246.000	$ 8.246.000	$ 754.000	$ -	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT
	REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE DOTACIÓN INSTITUCIONAL	$ -	$ -	$ 1.439.448	$ 1.439.448	$ 440.000	$ 440.000	$ 999.448	$ -	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	PAPELERÍA	$ -	$ -	$ 700.000	$ 583.489	$ -	$ -	$ 583.489	$ 116.511	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	ASEO	$ -	$ -	$ 2.000.000	$ 1.499.277	$ 1.176.188	$ 1.176.188	$ 323.089	$ 500.723	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	TRANSPORTE PERSONAL INSTITUCIONAL PARA VISITAS DOMICILIARIAS A LOS HOGARES Y TRASLADOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	$ -	$ -	$ 600.000	$ 161.600	$ -	$ -	$ 161.600	$ 438.400	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA
	GASTOS BANCARIOS (4*1000, COMISIONES, TRANSFERENCIAS Y CHEQUERAS)	$ -	$ -	$ 1.000.000	$ 415.757	$ 388.357	$ 388.357	$ 27.400	$ 584.243	[illegible] TRANSACCION DE PAGO	[illegible] TRANSACCION DE PAGO
	SERVICIOS DE CONTABILIDAD	$ -	$ -	$ 3.003.241	$ 3.003.241	$ 3.003.241	$ 3.003.241	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT
	OTROS (LO QUE SE REQUIERA PARA EL ADECUADO DESARROLLO DE LA MODALIDAD)	$ -	$ -	$ 200.000		$ -	$ -	$ -	$ 200.000	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT
	OTROS GASTOS (OTROS INGRESOS)	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	[illegible] FACTURA DE VENTA RUT	[illegible] CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN
	Impuestos de las diferentes transacciones de la modalidad	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	[illegible] TRANSACCION BANCARIA	
SUBTOTAL: GASTOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS		$ -	$ -	$ 22.942.689	$ 17.753.264	$ 14.745.577	$ 14.745.577	$ 3.007.687	$ 5.189.425	BANCOS	
TOTALES		$ -	$ -	$ 125.301.474	$ 108.054.717	$ 74.302.770	$ 74.286.470	$ 33.751.947	$ 17.246.757		

TOTAL PAGADO EN EL MES REVISADO	$ 74.302.770,00
TOTAL DE DESEMBOLSOS REALIZADOS	$ 110.598.684,00
TOTAL PAGOS ACUMULADOS	$ 74.286.470,00
TOTAL DESEMBOLSOS menos PAGOS ACUMULADOS (SALDO EN BANCOS)	$ 36.312.214,00
TOTAL INEJECUCIONES	$ -

4. SEGUIMIENTO APORTES DE LA INSTITUCIÓN:

	Total Aporte ($):				DESCRIPCIÓN	VALOR
Si Aplica:						
Avances a la fecha:						
Observaciones (cuando aplique):						

5. SEGUIMIENTO APORTES DONACIONES:

	Total Aporte ($):				DESCRIPCIÓN	VALOR
Si Aplica:						
Avances a la fecha:						
Observaciones (cuando aplique):						

6. OBSERVACIONES:

¿El operador presenta el informe financiero con soportes?	SI	☑	NO	☐
¿Cuál es el mes a legalizar?	JULIO			
Fecha radicación del informe financiero por parte del operador	8/08/2025			
La entidad presenta los documentos soportes que acompañan al informe financiero y entrega al ICBF en medio	DIGITAL	☑	FISICO	☑
Los documentos aportados permiten realizar la legalización del informe financiero?	SI	☑	NO	☐
¿Por qué?				
¿Hubo redistribución de recursos no ejecutados ?	SI	☐	NO	☑
Explicar				
Otras				

7. NOTAS CONTABLES DE LA REVISIÓN DEL INFORME DE EJECUCIÓN FINANCIERA:

en el rubro de recreacion para el mes de julio se tenia presupuestado 600,000 y se ejecutaron $ 2.403.341 de los cuales $ 400. 000 a los cumpleaños de pvq y cahc (sobre ejecucion de $1,803,341) del mes de julio **a 31 de julio queda un saldo de 96,659 para toda la vigencia contractual** , en el rubro de dotacion aseo e higiene se habia presupuestado en el mes de julio $1,600,000 y se ejecuto $2,215,270 (sobre ejecucion de $615,270) **a 31 de julio queda un saldo de $3,384,730 para toda la ejecucion contractual** , en el rubro de reparacion y mantenimiento institucional para el mes de julio se presupuesto $700,000 y se ejecutaron $1,439,448 (sobre ejecuto $739,448) **a 31 de julio queda un saldo de $960,552 para toda la ejecucion contractual**

8. COMPROMISOS:

COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA
CONSIGNAR LOS RENDIMIENTOS FINANCIEROS DE JULIO POR VALOR DE $27.400		

9. FIRMAS:

POR EL ICBF:	POR EL OPERADOR:
BAJO EL ARTICULO 83 CONSTITUCION POLITICA (PRINCIPIO DE PROBIDAD):	
Jhovana Zapata Hecao.	
Supervisor (a) del Contrato	Representante Legal
Legalizador de Cuentas del Contrato	Contador o Revisor Fiscal del Operador

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

Faro
Fundación Familiar

BIENESTAR FAMILIAR

No. 202554400000076882
Cógigo web: dRkVO8vnzT/n94VbqMP1ZbmnTR8=
Radicador: VALENTINA BELALCAZAR ARANZAZU Fecha: 2025-08-11 08:21 Folios: 43
Remitente: FUNDACION FARO ARMENIA
Clasificada Destino: Grupo de Asistencia Tecnica (Quindio)
Asunto: INFORME TECNICO CTO 198-2025

Salento, agosto 8 de 2025

Señores: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
JHOVANA ZAPATA HENAO
SUPERVISORA DEL CONTRATO No. 198.
REGIONAL QUINDIO.

ASUNTO: Entrega Informe Técnico del Contrato # 198/2025 – Modalidad Internado Vulneración - Restablecimiento de Derechos.

Cordial saludo,

Muy respetuosamente me permito remitirle la siguiente documentación:

- ✓ Informe técnico correspondiente al periodo del 1 al 31 de julio de 2025 y Anexos contrato # 198 copiado en CD.
- ✓ Certificado donde todos los usuarios recibieron la atención conforme a lo establecido.
- ✓ Planilla de usuarios atendidos durante el periodo del 1 al 31 de julio de 2025.
- ✓ Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados
- ✓ Certificado de Cumplimiento Pago a Proveedores
- ✓ Certificado de cumplimiento por el talento humano donde labora y/o presta sus servicios durante el mes de julio
- ✓ Certificado Talento Humano / Parrilla
- ✓ Documentos Revisor Fiscal
- ✓ Certificado Cumplimiento Protección Constitucional del 5 %.
- ✓ Certificado donde se suministra todos los elementos necesarios para el adecuado cumplimiento en las labores
- ✓ Planilla pago seguridad social
- ✓ Copia Planilla de Pago
- ✓ Libro de auxiliar de gastos
- ✓ Informe financiero

Cordialmente,

Nicolás Gómez Orozco
Auxiliar Administrativo
Fundación Familiar Faro – Sede San Rafael
Folios:

X

INFORME TECNICO MENSUAL SOBRE LA PRESTACION DEL SERVCIO			
FECHA		NUMERO DE CONTRATO	6300198207
ENTIDAD CONTRATISTA	FARO SAN RAFAEL	CUPOS CONTRATADOS	49
REGIONAL	QUINDIO		
MES DE EJECUCION CONTRACTUAL	JULIO		
MODALIDAD DE ATENCIÓN	INTERNADO RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS		
OBJETO	BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD INTERNADO / CASA DE ACOGIMIENTO PARD, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES DEL ICBF.		

COMPONENTE TÉCNICO			
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	DESARROLLO DE LA CLAUSULA CONTRACTUAL		DOCUMENTO (s) QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO
1) Atender 49 cupos en la modalidad Internado /Casa de Acogimiento, para la población: Niñas, niños y adolescentes de 10 a 18 años, con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por las autoridades competentes al ICBF, según aplique. (siempre y cuando exista disponibilidad de cupo el operador no podrá negarse a recibir a los usuarios remitidos)	N° de cupos atendidos	49	El operador debe adjuntar planilla en formato Excel de los usuarios atendidos, certificado expedido por el representante legal de cupos contratados y efectivamente utilizados, certificado de metas sociales y financieras (justificación de no cumplimiento), pantallazo de solicitud y confirmacion de cupo del sim
	N° de cupos no atendidos	18	
	N° de beneficiarios atendidos	32.13	
	TOTAL CUPOS COBRADOS	32	
2) Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención en físico que cumpla con los criterios establecidos en los documentos vigentes del ICBF. El Operador tendrá la obligación de mantener actualizado el anexo de historia de atención, de acuerdo con el proceso de cada una de las niñas, los niños, las y los adolescentes ubicados en la modalidad	Durante el mes de julio se abrieron 10 historias de atención correspondientes a los ingresos efectivos		El operador debe registrar en el informe mensual de prestación del servicio que los usuarios atendidos cuentan con un anexo de historia de atención de acuerdo con lo establecido en el procedimiento conformación de anexos de historia de atención, lineamientos y manuales operativos. Dentro los informes deben poner el numero de los NNA que dieron origen a los anexos de historias que se dieron en el mes.
3) Elaborar e implementar las estrategias, acciones o metodologías, acorde con el proceso de atención establecido en los documentos técnicos vigentes del ICBF y la Propuesta de Implementación y Cualificación-PIYC aprobada en el periodo de tiempo establecido.	INDIVIDUAL (MICROSISTEMA) Al momento del ingreso del niño, niña o adolescente, se hace la respectiva socialización y diligenciamiento del consentimiento informado y se aplica la evaluación preliminar con el fin de mitigar riesgos e identificar factores de riesgo físico o mental que ameriten activación de ruta por salud mental o medicina general (código blanco, fucsia, ansiedad por consumo entre otros), así mismo se indaga con cada uno de los NNA sobre las diferentes situaciones y contextos que fueron afectados por la vulneración de sus derechos y que dieron lugar a la vinculación en la modalidad, dentro de lo cual se identifica: alta permanencia en calle, alto nivel de consumo de sustancias psicoactivas / ansiedad, baja adaptación al sistema normativo, poco reconocimiento a figuras de autoridad, deserción escolar entre otros. Así mismo, se realiza la primera atención en el NNA con la informacion suministrada apriori. REDES VINCULARES (MESOSISTEMA) Durante el mes de julio, Se llevaron a cabo espacios formativos de preparación a las familias y/o redes de apoyo, encaminados a fortalecer las competencias parentales como principales factores de generatividad, a través del abordaje de temáticas como, compartiendo responsabilidades en la crianza, el dia que me converti en padre o madre, fortalecimiento de vinculos, autocuidado desde la familia, los cuales han permitido al equipo interdisciplinario, acompañar a las familias y continuar brindando herramientas y estrategias para afrontar situaciones de vulnerabilidad que dieron origen al motivo de ingreso a la modalidad. Durante el presente periodo ha sido posible evidenciar procesos significativos de adherencia a la modalidad, donde las familias logran reconocer y mejorar significativamente el establecimiento de sistemas normativos, fortaleciendo y reconociendo la importancia del ejercicio de una autoridad consciente, responsable y asertiva, promoviendo ambientes protectores que permitan llevar a cabo proyección de reintegro familiar, dichos espacios se generaron de manera semanal, previos a las visitas familiares dominicales. De la misma manera se llevaron a cabo, encuestas de satisfacción familiar a 9 familias vinculadas al proceso de atención de los niños, niñas, adolescentes y jovenes de la modalidad, evidenciando una percepción positiva del servicio prestado. REDES (EXOSISTEMA) Durante el mes de julio se realizaron las matriculas de 29 beneficiarios de la unidad de servicio en las instituciones educativas Santa Teresa de Jesus y el Colegio INEM. Asimismo, se dio inicio al proceso académico en el área de barberia para un beneficiario vinculado al programa Proyecto Sueños.		El operador mensualmente debe incluir en el informe mensual de prestación del servicio la relacion de las estrategias, acciones o metodologias, que se desarrollaron de acuerdo con el proceso de atencion establecido en los documentos tecnicos del ICBF y la PIYC. Relación de herramientas de monitoreo del proceso de atención entregados a la Autoridad Administrativa (Corresponde al archivo excel denominado "Herramientas de Monitoreo" no se deben adjuntar las herramientas como tal) y actas de las acciones realizadas PICY y acta de aprobacion Actas y registro fotograficos

4) Cumplir con el componente de alimentación y nutrición, acorde con lo establecido en los documentos técnicos vigentes, memorandos, requerimientos y/o directrices que emita el ICBF	Al momento del ingreso de un niño o niña, adolescente se le realiza tamizaje nutricional, dentro delos 5 primeros dias de ingreso, se le suministra la alimentación diaria según la minuta patrón de ICBF, en la cual se garantiza la entrega de 5 tiempos de comida durante el dia, es decir, el 100% de la alimentación diaria. Durante junio se realizo formacion con las manipuladoras de alimentos sobre el tema minuta patron porcion servida y uso de binestarina ,se realiza seguimiento semanal al servicio de alimentacion, seguimiento a la limpieza y desinfeccion del servicio,almacenamiento, preparacion y distribucion de alimentos,control de temperaturas,control de porciones, control decadena de frio, elaboracion de pedido de alimentos semanal y mensual	Registro en el informe mensual de prestación del servicio las acciones realizadas para dar cumplimiento a lo establecido en la guia técnica del componente de alimentación y nutrición, y lo relacionado en las estrategias de información, educacion y comunicación alimentaria y nutricional. Actas - Registro fotográfico
5) Elaborar e implementar los documentos para el control y seguimiento al suministro de alimentos - Servicio de alimentos, de acuerdo con la minuta de alimentación vigente.	Diariamente se realiza el diligenciamiento del kardex de los alimentos utilizados de acuerdo a la ciclós de menus aprobados en el mes de noviembre del 2022, se realizo seguimiento a los formato, para dar cumplimiento a la minuta patron vigente de ICBF, de esta manera tener control de ingreso y salidas de los alimentos de acuerdo al consumo o gasto diario durante el mes de JULIO.	Soportes para el control y seguimiento al suministro de alimentos - Servicio de alimentos. minuta de alimentación aprobada y el respectivo memorando de aprobación.
6) Garantizar disposición de los elementos de dotación de dormitorio, personal, de aseo e higiene, escolar y disponer del material ludico deportivo, para entregar a los usuarios (as) en los tiempos y cantidades establecidas en los documentos técnicos vigentes del ICBF y hacer reposición de esta por uso y o necesidad.	Se hace entrega de dotación inicial a 7 niños y niñas, debido a que de los 12 niños que ingresaron nueves a la modalidad, 2 fueron ingresos fallidos y 3 ingresaron con dotacion institucional (se adjunta evidencia). Reposicion para 9 y entrega de dotacion de aseo	El operador debe registrar en el informe mensual de prestación del servicio el registro de entrega de dotaciones que realicen en el periodo. Actas de entrega de Dotación: Dotación Inicial, Dotación reposición, Dotación escolar, Dotación aseo e higiene. Actas y evidencias fotograficas.
7) Informar y articular con la autoridad administrativa las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al Sistema de Educación Formal y a procesos de formación vocacional, pre laboral y laboral o según corresponda; esto ultimo de acuerdo con la disponibilidad de oferta, caracteristicas e intereses personales de las y los beneficiarios.	Se realizan 29 matrículas de caracter educativo Se han realizado las gestiones pertinentes para las atenciones en salud de los beneficiarios activos en el Quindio para los seguimientos de control de diferentes especialidades.	Matrices Excel - SALUD Y EDUCACION
8) Realizar acciones para la vinculación de los usuarios (as) en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condicion particular y caracteristicas de desarrollo.	Durante el mes de julio se realizaron las matriculas de 29 beneficiarios de la unidad de servicio en las instituciones educativas Santa Teresa de Jesús y el Colegio INEM. Asimismo, se dio inicio al proceso académico en el área de barberia para un beneficiario vinculado al prógrama Proyecto Sueños. Adicionalmente, se llevó a cabo una salida recreativa y la celebración de cumpleaños, espacios que promovieron la integración y el fortalecimiento del vinculo grupal. Los beneficiarios participaron activamente en diversas actividades de caracter deportivo, recreativo y artistico, fomentando el uso adecuado del tiempo libre y el desarrollo de habilidades personales y sociales. Es importante resaltar que 10 beneficiarios participan actualmente en un diplomado en Periodismo y Paz, desarrollado por la Universidad del Quindio en articulacion con el operador CEPAS	El operador debe anexar certificación expedida por el representante legal con soportes respectivos, en donde conste que realizan acciones para que la familia y/o red vincular de apoyo participe en el proceso de atención de los usuarios(as). Actas - Registro fotográfico
9) Realizar acciones para que la familia y/o red vincular de apoyo participe en el proceso de atención de los usuarios (as), acorde con lo establecido en los documentos técnicos vigentes del ICBF y con previa autorización de la Autoridad Administrativa.	Durante el mes de julio, Se llevaron a cabo espacios formativos de preparación a las familias y/o redes de apoyo, encaminados a fortalecer las competencias parentales como principales factores de generatividad, a través del abordaje de tematicas como, compartiendo responsabilidades en la crianza, el dia que me converti en padre o madre, fortalecimiento de vinculos, autocuidado desde la familia, los cuales han permitido al equipo interdisciplinario, acompañar a las familias y continuar brindando herramientas y estrategias para afrontar situaciones de vulnerabilidad que dieron origen al motivo de ingreso a la modalidad. Durante el presente periodo ha sido posible evidenciar procesos significativos de adherencia a la modalidad, donde las familias logran reconocer y mejorar significativamente el establecimiento de sistemas normativos, fortaleciendo y reconociendo la importancia del ejercicio de una autoridad consciente, responsable y asertiva, promoviendo ambientes protectores que permitan llevar a cabo proyección de reintegro familiar, dichos espacios se generaron de manera semanal, previos a las visitas familiares dominicales. De la misma manera se llevaron a cabo, encuestas de satisfacción familiar a 9 familias vinculadas al proceso de atención de los niños, niñas, adolescentes y jovenes de la modalidad, evidenciando una percepción positiva del servicio prestado.	Certificación expedida por el Representante Legal donde conste que realiza aciones para que la familia y/o red vincular participe del proceso de atención de los usuarios. Soportes - Actas - Registro Fotográfico

X

10) Contar con los mecanismos de control para garantizar que los medicamentos se mantengan al alcance de niños, niñas y adolescentes, y que su suministro se realice conforme a la fórmula médica expedida por la EAPB.	Actualmente en la institucion se cuenta con el resguardo de medicamento en lugar seguro teniendo encuenta que se cuenta con la vitrina de almacenamiento lo que permite tener un control de estos mismos, la vitrina cuenta con seguridad con llaves las cuales se les da la custodia por parte de enfermeria, la vitrina esta en el consultorio que tambien cuenta con puerta, chapa con seguro lo cual permite que ningun adolescente tiene acceso al espacio. Las pertenencias que ingresan los beneficiarios nuevos son marcadas y guardadas en bodega evitando asi el ingreso de algun elemento que pueda generar un riesgo, asi mismo se realian permanentemente revision y organizacion de loker procurando que no se tengan implementos no permitidos, se orienta de forma regular a los beneficiarios frente al tema. Algunos elementos que se utilizan en actividades de formacion como tijeras, sacapuntas, compas, entre otro se entregan contados para recibirlos de la misma forma evitando asi que se guarden o que se presente alguna dificultad	Certificado del representante legal en donde conste que cuenta con mecanismos de control para asegurar que los medicamentos esten fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes y se suministren de acuerdo con lo indicado en la formula medica expedida por la EPS.
11) Implementar medidas para impedir el acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego u otros materiales que puedan representar un riesgo para su integridad personal o de terceros. Estas disposiciones deben estar contempladas en plan de acción, en el marco de la politica de prevención del daño antijuridico propuesta. (NUEVA)	Como medida de prevención para el ingreso de elementos potencialmente peligrosos (armas, elementos cortopunzantes, o materiles peligrosos), se ha incluido en el protocolo de ingreso la revisión de bolsos, y pertenecias, no solo de los usuarioso al ingreso, sino de visitantes, familiares y visitas, se instala un aviso implmentando esa restrigcion.	Certificado del representante legal en donde conste que cuenta con los mecanismos de control para impedir el acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego u otros materiales que puedan representar un riesgo para su integridad personal o de terceros Lo anterior, debe quedar contemplado en cada plan de accion en el marco de la politica de prevencion del daño antijuridico propuesto
12) Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de las niñas, niños y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos. Las evidencias de su implementación deben reposar en el anexo de la historia de atención de cada uno según corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a la modalidad.	De acuerdo a lo establecido por la guia de orientaciones para la prevencion y manejo de situaciones de riesgo de los NNA, se da cumplimiento por medio de acciones que garanticen el bienestar y la proteccion de los NNA al interior de la instiución. Lo anterior, con el objetivo de mitigar riesgos y fortalecer estrategias de afrontamiento y habilidades para la vidad a traves de talleres, actividades y dinamicas que prevengan e incidan de manera adecuada ante situaciones estresantes y/o adversas del diario vivir.	El operador debe registrar en el informe mensual de prestacion del servicio las acciones realizadas para la implementación de la Guia de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes en la modalidadad y servicio de restablecimiento de derechos, con los soportes respectivos. Actas de las actividades de prevención y atención en el marco de la guia de orientaciones.
13) Presentar soporte de entrega del plan de acción vigente en el marco de la Politica de Prevención del Daño Antijuridico a la Dirección Regional en los tiempos establecidos, así como las acciones y estrategias adelantadas para su ejecución.	Se anexa soporte de entrega del plan de accion vigente en el marco de la politica de prevencion del daño antijuridico	El operador adjunte en el primer informe mensual de prestacion del servicio, el plan de accion vigente en el marco de la Politica de Prevencion del Daño Antijuridico y soporte de entrega a la Direccion Regional que contenga las estrategias para su implementación. Actas - Evidencias de implementación del Plan de Daño Antijuridico durante el mes de ejecucion contractual
14) Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la institución de acuerdo con lo establecido en la Politica de Prevención del Daño Antijuridico.	Durante el mes de Julio en la fundacion FARO (Sede San Rafael), se reporto sobre un presunto acceso carnal dentro de las instalaciones de la modalidad entre un menor de 14 años y una menor de 10 años, en el cual se encuentra en estudio por la autoridades sanitarias y judicilaes. Adicional a ello, se presento una lesión en joven de 18 años donde se activando el protocolo en ambos casos de acuerdo a lo establecido en la Politica de Prevencion de Daño Antijuridico.	El operador debe adjuntar en el informe mensual de prestación del servicio, los soportes de la entrega de reporte de eventos y las acciones adelantadas cuando aplique. Realizar envio de soportes y/o acciones correspondientes de cuaerdo a la Guia de orientaciones. Matriz de Daño antijuridico.
15) Elaborar e implementar un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad. (NUEVA)	Durante el mes de julio se elaboró e implemento un cronograma mensual de actividades, el cual fue diseñado teniendo en cuenta el enfoque diferencial y las particularidades de los beneficiarios ubicados. Este cronograma respondio a las necesidades identificadas en el proceso de atencion. Las actividades desarrolladas buscaron promover la inclusión, la participación activa y el fortalecimiento de habilidades, respetando los ritmos, intereses y capacidades de cada beneficiario.	El operador debe adjuntar en el informe mensual de prestacion del servicio, un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados acorde con el proceso de atencion establecido en el lineamiento tecnico del modelo, lineamiento de discapacidad.

AVANCES EN EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION

Durante el mes de julio se han tenido avances en la atención en salud con diferentes especialidades con asignación de citas pero en fechas no oportunas debido a la poca disponibilidad de agenda por parte de las IPS de atenciones, sin embargo se ha logrado mantener equilibrio y asi generar las atenciones de la ruta integral en salud de los beneficiarios del programa , haciendo las gestiones para la asignacion de las citas, por otra parte, se ha evidenciado compromiso familiar frente a los procesos de atencion.

A nivel individual se ha logado evidenciar apertura y disposición en los NNA durante la permanencia en la modalidad. Fortalecimiento de herramientas, capacidades y habilidades encaminadas al buen manejo de situaciones estresantes y/o adversas del diario vivir, reestrutucturación y resignificación de momentos relevantes y significativos con relaciona a la historia de vida de cada beneficiario. Asi mismo, cada beneficiario ha logrado identificar y tramitar emociones, situaciones y contextos que fueron afectados por la vulneración de sus derechos y que dieron lugar a la vinculacion en la modalidad. Fue posoble culminar con exito el proceso de matriculas academicas del total de usuarios que tienen proceso academico segun su ubicacion en las instituciones educativas INEM Jose Celestino Mutis y I.E. (18 usuarios) Santa Teresa de Jesus (11 usuarios)Otro avance significativo durtante el primer de ejhecución del contrato ha sido el cambio de sede operativa o unidaed de servicio, loa cual ademas tamebin ya cuenatr con ficecia de funcionamiento bienal, lo que asegura un ambiente sano y seguro y ademas agradable apra los usuarios, las familias y el talento humano.

DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION

Si bien se han adelantado actividades y atenciones enfocadas en el fortalecimiento de las habilidades parentales, se evidencia que algunas familias presentan conductas codependientes que no favorecen el proceso adaptativo de los beneficiarios, ninformacion que ha sido suministrada a las autoridades admministrativas correspondientes. A nivel individual se evidencia dificultad en el reconocimiento y anticipacion de factores de riesgo como mecanismo de autoproteccion, pues el no reconocimiento de factores de riesgo hacen que NNA incidan en el inadecuada manejo de

situaciones estresantes y/o adversas del diario vivir, generando de esta manera altos niveles de ansiedad con pensamientos estructurados de evasión (abandono irregular institucional). Cabe resaltar, que dentro de las dificultades que tenemos frente a la poca adherencia a la modalidad, estan los ingresos que llegan como centro de emergencia con ocupacion por un dia y que no tienen claridad frente al programa ni al proceso institucional, generando asi ingresos fallidos que afectan el reporte de ocupacion y generan inestabilidad emocional en los demas beneficiarios. Para este mes se presentaron pocos ingresos a la modalidad. Se presentaron dificultades para poder conseguir la vinculacion e inicio de la jornada academica como estaba programado.

Falta de Habilitacion por parte de la IPS CGI Y falta de convenio de la IPS OAT, estas dos anteriormente menionadas son por parte la Nueva EPS y ellos nos refieren que en el momento no cuenta con otra IPS para prestar el servicio, debemos esperar que se restablescan los serico para llevar acabo las valoraciones.

CERTIFICACIÓN

EL REPRESENTANTE LEGAL en la presentación de este informe, certifica que cumplió con las obligaciones contractuales de acuerdo a las cláusulas pactadas. Para efectos legales, certifico que toda la información suministrada en el presente informe es totalmente cierta y veraz y puede ser constatada en cualquier momento.

Firma

LUIS EDIER USMA
Representante Legal

Firma

LUIS EDIER USMA
Coordinador (encargado)

G. Yarisol Girón Y.

Firma

DAHIAN TABARES
Coordinador de Talento Humano

Firma

GABRIEL LOPEZ
Coordinador SIGI

Nota: Si se requiere la firma de más personas que intervinieron en el ejercicio de supervisión, se podrán incluir

B

OBLIGACIONES GENERALES		
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	DESARROLLO DE LA CLAUSULA CONTRACTUAL	DOCUMENTO (s) QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO
1) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato.	El operador asume la responsabilidad de todas las actividades relacionadas a la ejecucion de las obligaciones establecidas en el presente contrato	Certificacion expedida por el representante legal en donde haga constar que asume la responsabilidad de todas las actividades del contrato.
2) Cumplir con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales operativos, documentos técnicos, condiciones de calidad * y demás documentos vigentes aplicables a la modalidad.	Se cumple desde el operador con el objeto del contrato, con todos los documentos, manuales operativos, documentos tecnicos condiciones de calidad y demas aplicables a la modalidad.	Certificación expedida por el representante legal en donde relacione las acciones que realiza para cumplir con el objeto contractual documentos, manuales operativos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad.
3) Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias o redes vinculares de apoyo y dar aviso inmediato al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución, proponiendo alternativas de solución y realizar seguimiento para prevenir riesgos teniendo en cuenta la guia de orientaciones. Asi mismo informar a la autoridad administrativa con conocimiento del PARD cuando asi lo amerite.	Se hace seguimiento de los eventos que han afectado la permanencia o atencion de los niños, niñas, adolescentes y sus familias o redes vinculares, dando aviso inmediato al supervisor sobre cualquier anomalia o dificultad.	Reporte de los eventos que afectan la permanencia o atencion de los niños, ninas, adolescentes y sus familias y propuesta de alternativas de solucion
4) Presentar información y soportes que den repuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato.	En el mes de julio se recibio 1 requerimiento al cual se le dio respuesta y hubo cierre de un requerimiento del mes inmediatamente anterior.	Copia de las actas de visita y/o comunicacion de respuesta a los organismos de control debidamente firmadas, cuando aplique
5) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato.	El operador dispone de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentacion objeto del presente contrato	Certificacion expedida por el representante legal en donde haga constar que dispone de los medios necesarios para el mantenimiento cuidado y custodia de la documentacion objeto del presente contrato.
6) Atender durante la ejecución del contrato, los requerimientos, instrucciones y recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.	En el mes de julio se recibio 1 requerimiento al cual se le dio respuesta y hubo cierre de un requerimiento del mes inmediatamente anterior.	Oficios de Apertura de Requerimientos Documentos de respuesta a requerimientos Oficio de Cierre de Requerimiento Atencion de instrucciones y recomendaciones impartidas por el supervisor de contratos
7) Entregar oportunamente al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en la ejecución del contrato, cuando así se requiera.	Se da respuesta a informacion solicitada por parte del supervisor del contrato.este mes no se envia respuesta ya que no se presentaron situaciones que lo ameritaran.	Soportes de las respuestas a informacion solicitada por el supervisor del contrato
8) Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo "Buenas Prácticas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente.	El operador cumple con las disposiciones establecidas en el capitulo "Buenas practicas en la gestion contractual" del manual de contratacion del ICBF vigente.	Certificación expedida por el representante legal en donde haga constar que cumple con lo establecido en el capitulo "Buenas Practicas en la Gestion Contractual"
9) Dar a conocer ante la entidad y organismos competentes los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato.	En caso que se presenten hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles oque puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato.	Certificación expedida por el representante legal en donde haga constar que dio a conocer ante la entidad y organismos competentes los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato (en caso de que se hayan presentado estas situaciones)
10) Abstenerse de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso, y notificar a la supervisión y autoridades competentes cualquier hecho que se relacione con estas conductas.	No se ha recibido o solicitado dadivas o beneficios a nombre propio o de terceros .	Certificacion expedida por el representante legal en donde haga constar que no recibio o solicito cualquier dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular informacion para generar beneficio de la gestion de un proceso.

11) El contratista se compromete a asumir un buen trato para con los demas colabores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejen constancia de su compromiso para brindar un trato respetuoso buscando generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminacion y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género actos de racismo o discriminación, y se comprometen a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientacion sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen.	El operador se compromete a brindar un trato respetuoso, brindar espacios de trabajo respetuosos donde se generen espacios de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminacion y/o forma de violencia basadas en genero, actos de racismo o discriminacion comprometiendose a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de proteccion de todas las formas de violencia contra las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen.	Certificación expedida por el representante legal en donde haga constar que asume el compromiso de brindar un trato respetuoso, generando ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y se compromete a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres, basadas en genero y/o sexo, orientación sexual o discapacidad y, demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marcode la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen.
12) Constituir y cargar en SECOP las garantías requeridas dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato o cuando se legalice una modificación de este, que lo amerite	Se cargo en SECOP documento de aprobacion de polizas exigidas en la clausula de garantias	Soporte del cargue en SECOP del documento de aprobación de polizas exigidas en la clausula de garantias. (Solo aplica para el primer informe)
13) Promover acciones para la participacion de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad.	Durante el mes de julio, Se llevaron a cabo espacios formativos de preparación a las familias y/o redes de apoyo, encaminados a fortalecer las competencias parentales como principales factores de generatividad, a través del abordaje de temáticas como, compartiendo responsabilidades en la crianza, el dia que me converti en padre o madre, fortalecimiento de vinculos, autocuidado desde la familia, los cuales han permitido al equipo interdisciplinario, acompañar a las familias y continuar brindando herramientas y estrategias para afrontar situaciones de vulnerabilidad que dieron origen al motivo de ingreso a la modalidad. Durante el presente periodo ha sido posible evidenciar procesos significativos de adherencia a la modalidad, donde las familias logran reconocer y mejorar significativamente el establecimiento de sistemas normativos, fortaleciendo y reconociendo la importancia del ejercicio de una autoridad consciente, responsable y asertiva, promoviendo ambientes protectores que permitan llevar a cabo proyección de reintegro familiar, dichos espacios se generaron de manera semanal, previos a las visitas familiares dominicales. De la misma manera se llevaron a cabo, encuestas de satisfacción familiar a 9 familias vinculadas al proceso de atención de los niños, niñas, adolescentes y jovenes de la modalidad, evidenciando una percepción positiva del servicio prestado.	Certificación expedida por el representante legal en donde registre las acciones realizadas durante el periodo para promover la participación de padres de familia y red vincular en el desarrollo de la modalidad.
14) Reportar por escrito y de forma inmediata al supervisor cualquier novedad o anomalia en la ejecucion del contrato.	Por parte del operador se reporta de manera inmediata al supervisor en los casos que es necesario, evidencias reportes de novedad.	Reporte de los eventos que se constituyen como novedades o anomalías en la ejecución del contrato
15) Cumplir con las demas que correspondan a la naturaleza del contrato.	Se da cumplimiento a las demas obligaciones que correspondan a la naturaleza del contrato	Certificación expedida por el representante legal en donde haga constar que cumple con las demás obligaciones que correspondan a la naturaleza del contrato.

A

COMPONENTE ADMINISTRATIVO		
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	DESARROLLO DE LA CLAUSULA CONTRACTUAL	DOCUMENTO (s) QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO
1) Disponer del talento humano en perfil y tiempo de dedicación exigido para el desarrollo del servicio, acorde con los documentos técnicos del ICBF y mantener actualizadas las carpetas del talento humano vinculado para la ejecución del contrato, las cuales deben incluir: hoja de vida, soportes de estudio, tarjeta profesional (cuando aplique), Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM, Registro Único de Talento Humano en Salud RETHUS (cuando aplique) certificaciones de experiencia, código ético firmado, contrato debidamente firmado, certificados de antecedentes (Contraloria, Procuraduria, Policia), registro nacional de medidas correctivas RNMC (inicial y con actualización trimestral), consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes inicial, antecedentes profesionales (cuando aplique), soportes de pago de seguridad social y documentos de compromiso de confidencialidad y de protección de datos firmados. Lo anterior, puede ser físico o magnético. Cada vez que se suscriba un nuevo contrato todos los documentos del talento humano deben ser actualizados. La contratación del talento humano que se requiera no podrá ser tercerizado.	Para el mes de julio se anexan la totalidad de las hojas de vida del personal contratado por efectos de inicio de contrato, adicionalmente se reportan 2 novedades en el personal al retirarse la nutricionista Claudia Yenny Villamil e ingresar Jenifer Mazuera Urrea, y se retira la manipuladora de alimentos Laura Patricia Agudelo e ingresa Aminta Cardenas Castro	De acuerdo a las novedades del talento humano durante el mes reportado, adjuntar los soportes de las hojas de vida y la nueva tabla de talento humano para la modalidad.
2) Presentar mensualmente certificado emitido por el representante legal en el que haga constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil, tiempo y los requisitos exigidos en los documentos técnicos vigentes del ICBF, con la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas RNMC y con el tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la modalidad.	Se anexa certificado de cumplimiento de los requisitos del talento humano, por parte del Representante Legal y la Contadora. (Anexo 2). Se envio parrila del Talento Humano actualizada (Anexo 1.1) Se anexa antecedentes del personal actualizados de acuerdo a la vigencia de verificacion de cada tres meses desde el inicio del contrato. (Anexo 2.1)	Certificacion expedida por el representante legal y contador, junto con el registro en Excel en donde relacione el numero, perfil, tiempo de dedicación y demás requisitos exigidos en el manual operativo para el talento humano vinculado durante el periodo informado. Evidencias de la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas y, la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes.
3) Cumplir y mantener durante toda la ejecución del contrato, adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes.	Se mantienen adecuadas condiciones locativas y de infraestructura y dotacion teiendo en cuenta lo establecido en los documentos vigentes.	Certificacion expedida por el representante legal, en donde conste que cumple y mantiene adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotacion institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes.
4) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa competente y al supervisor del contrato, de acuerdo con los procesos, procedimientos y orientaciones establecidos por las Direcciones de Planeación, Protección y la Oficina Asesora de Comunicaciones para el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el servicio. Aplica para universidades, ONG, periodistas, estudiantes, docentes, cooperantes, contratistas del ICBF, funcionarios del ICBF y cualquier otra persona.	Durante el mes no fue necesario solicitar autorizacion para realizar este tipo de actividades.	Copia de solicitud o solicitudes Copia de las respuestas de autorización
5) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa y al supervisor del contrato, para atender a los beneficiarios en otra sede, la cual deberá estar reconocida en la licencia de funcionamiento vigente	En el mes de JULIO no fue necesario solicitar autorizacion para atender los beneficiarios en otra sede.	Copia de la solicitud de autorización Copia de la respuesta de autorizacion
6) Contar con los medios tecnológicos y de comunicaciones necesarios para registrar y transmitir la información al ICBF.	Se cuenta con los medios tecnologicos y de comunicacion necesarios para registrar y transmitir la informacion al ICBF.	Certificación expedida por el representante legal, en donde conste que cuenta con los medios tecnológicos y de comunicación exigidos por el ICBF
7) Realizar oportunamente las confirmaciones de los ingresos y egresos de cada usuario (a), de acuerdo con las órdenes de los Defensores de Familia y Comisarios de Familia, en el Sistema de Información Misional del ICBF siempre y cuando el sistema se encuentre disponible y operando correctamente.	Se realiza la confirmacion de los ingresos y egresos de los usuarios. Se envia planilla institucional ya que el SIM no esta funcionando y se anexa boletas de ingreso de los beneficiarios.	Planilla de usuarios atendidos.
8) Cumplir con las acciones establecidas en la Guía técnica para la metrología aplicable a los programas de los procesos misionales del ICBF vigente.	Durante el mes de julio se realiza inspeccion fisica de los equipos de metrologia, refrigeracion y congelacion, se envia a mantenimiento y calibracion la pramera y los termometros.	Evidencias de las acciones establecidas de acuerdo a la Guia Tecnica de metrologia.
9) Realizar las gestiones de adquisición de elementos de dotación para la modalidad de atención en concordancia con los documentos técnicos vigentes según sea el caso, de acuerdo con los recursos destinados en el contrato para tal fin, cuando aplique	Durante el mes de julio se realizo la compra de los respectivos elementos requeridos para los usuarios. Se anexa copia de factura (Anexo 9)	Relacione las facturas y soportes de los gastos efectuados por concepto de dotación.
10) Contar con un banco de hojas de vida y proceso de selección que le permita cubrir antes de 10 días hábiles alguna vacante cuando se presente terminación de contrato o desvinculación del talento humano.	Se anexa copia del proceso de reclutamiento, seleccion y vinculacion personal. (Anexo 10) Se anexa certificado expedido por el representante legal donde se pueden observar la base de datos que se cuenta atravès de los correos institucionalespara suplir las posibles vacantes que se puedan generar en el menor tiempo posible sin afectar el buen servicio del programa (Anexo 10.1)	Copia del proceso de seleccion de talento humano Certificacion expedida por el representante legal donde conste que cuenta con un banco de hojas de vida que le permite cubrir antes de 10 dias habiles alguna vacante del personal que opera el servicio.
11) Contar con un programa que propenda por la estabilidad del talento humano, con el fin de disminuir la rotación de personal en los servicios, lo que impacta negativamente la adherencia pedagógica de los usuarios.	Se anexa copia del plan de bienestar institucional, cronograma de capacitaciones, con el fin de prevenir la rotacion del personal. (Anexo 11)	Copia del programa y el cronograma que implementara para garantizar la estabilidad del talento humano, con el fin de disminuir la rotacion de personal en los servicios. Adicionalmente, solicite que le haga llegar las evidencias de la implementación del programa, de acuerdo con las actividades establecidas en el cronograma y segun se vayan desarrollando durante la ejecución del contrato.

COMPONENTE FINANCIERO		
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	DESARROLLO DE LA CLAUSULA CONTRACTUAL	DOCUMENTO (s) QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO
1) Presentar durante los primeros quince (15) días de ejecución del contrato el presupuesto de ingresos y gastos de acuerdo con los rubros exigidos de cada esquema para la modalidad, para la revisión y aprobación por parte del Supervisor dentro del mismo mes.	Se presento presupuesto inicial con sus anexos para el contrato 63001982025 y fue aprobado mediante acta numero	Acta de Aprobacion del Presupuesto Inicial
2) Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al mes vencido los soportes correspondientes para la expedición del certificado de cumplimiento, acorde con la clausula septima.	Se presenta dentro de los 5 dias hábiles siguientes al mes vencido, en CD todos los soportes correspondientes a la ejecución presupuestal del mes: 1. El Informe mensual sobre la prestación del servicio. 2. Planilla en Excel de los usuarios (as) atendidos. 3. Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados. 4. Informe mensual de ingresos y gastos. 5. Certificado de cumplimiento de pago a proveedores. 6. Certificacion emitida por el contador o revisor fiscal, sobre el cumplimiento de pago al sistema de seguridad social y aportes parafiscales, en los tiempos establecidos por Ley. 7. Soportes de gasto, libros de contabilidad, control de inventarios, entre otros, en medio magnético. 8. Informe de movimientos y transacciones generados desde el banco al ICBF. 9. Extracto y/o conciliación de la cuenta de ahorros auxiliar para el manejo de los gastos asociados al contrato y/o convenio.	• El Informe mensual sobre la prestación del servicio. • Planilla en Excel de los usuarios (as) atendidos. • Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados. • Informe mensual de ingresos y gastos. • Certificado de cumplimiento de pago a proveedores. • Certificación emitida por el contador o revisor fiscal, sobre el cumplimiento de pago al sistema de seguridad social y aportes parafiscales, en los tiempos establecidos por Ley. • Actas firmadas de las modificaciones al presupuesto, adiciones o disminuciones que se hayan realizado en el periodo a revisar. • Soportes de gasto, libros de contabilidad, control de inventarios, entre otros, en medio magnético. • Informe de movimientos y transacciones generados desde el banco al ICBF. • Extracto y/o conciliación de la cuenta de ahorros auxiliar para el manejo de los gastos asociados al contrato y/o convenio. • Corroborar si la entrega de los soportes correspondientes para la expedición del certificado de cumplimiento se realizó en los 5 primeros días hábiles del mes.
3) Presentar informe al finalizar el contrato, el cual contenga como mínimo: registro de cupos contratados y efectivamente atendidos mensualmente, logros y dificultades y aportes recibidos y su utilización.	Se presenta informe final consolidado del contrato con la planilla de asistencia final de ejecucion del contrato	Al finalizar el contrato presentar: • Planillas de usuarios (as) durante la vigencia del contrato o liquidación mensual del reporte SIM. • Certificaciones de cupos atendidos firmada por la coordinadora o representante legal. • Informe donde se evidencie los logros y dificultades. • Registro contable de aportes recibidos y el soporte respectivo del ingreso y gasto del recurso.
4) Estructurar la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas - PUC- según la directriz que defina el ICBF, con sus soportes debidamente organizados que identifiquen la implementación de las NIIF y de la información actualizada.	Se presenta certificado que soporta la estructura de la información financiera de acuerdo con el plan unico de cuentas- PUC Y NIIF	Certificación expedida por el representante legal, contador y revisor fiscal (cuando aplique) en donde conste que estructura la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas – PUC- según la directriz que defina el ICBF, con sus soportes debidamente organizados que identifiquen la implementacion de las NIIF y de la informaciónactualizada.
5) CUMPLIMIENTO DE LA LEY 2046 DE 2020. El contratista deberá cumplir con la Ley 2046 de 2020, invirtiendo al menos el 30% de los recursos ejecutados para la compra de alimentos adquiriéndolos directamente a los pequeños productores agropecuarios locales, productores de la agricultura campesina, familiar o comunitaria locales, organizaciones de estos productores o a las industrias y emprendimientos agroalimentarios que procesen materias primas adquiridas directamente a estos productores locales. Estas compras deberán realizarse aplicando y cumpliendo con lo dispuesto en la guía "GS.ABS. Guía Orientadora para la Implementación de la Estrategia de Compras Locales" y deberán ser reportadas mensualmente al supervisor del contrato, haciendo uso de la última versión del formato "F.1.GS.ABS" Formato seguimiento Compras Locales" o del medio que para tal efecto adopte el ICBF dentro del Sistema de Gestión de Calidad.	Se presenta informe en formato de seguimiento de compras locales vigente, cumpliendo con la ley 2046 del 2020, para el mes de julio 2025 se realizo inversión del 40% de recursos ejecutados para la compra de alimentos adquiridos a pequeños productores agropecuarios locales inscritos en las bases de datos de secretaria de agricultura. Se presenta soportes válidos para demostrar las compras locales (facturas o documento equivalente, soportes de pago) presentados en medio magnético, formato PDF o JPG. La información se anexa organizada, de acuerdo con lo definido por la Dirección de Abastecimiento y cumpliendo con la normatividad legal vigente.	• Formato de seguimiento compras locales vigente, del mes a verificar y los respectivos soportes de compra. • Soportes válidos para demostrar las compras locales: facturas o documento equivalente. Los soportes deberán estar completos y legibles, para ser presentados en medio magnético, formato PDF o JPEG. • Información organizada, de acuerdo con lo definido por la Dirección de Abastecimiento (medio magnético). • El informe de compras locales en el formato vigente establecido por la Dirección de Abastecimiento con sus respectivos soportes en medios magnético. • Los soportes de compras locales que cumplan con la normatividad legal vigente. • Las facturas o documentos equivalentes describen las marcas de los productos adquiridos para poder verificar su lugar de origen, tal y como lo establece la guía de compras locales. • El registro de información y diligenciamiento en el formato establecido de seguimientocompras locales, del mes a verificar, diligenciado con las respectivas firmas.
6) De conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2. 4. 2.16del Decreto 1860 de 2021, se deberá garantizar la provisión de bienes o servicios por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y [illegible] de los bienes y servicios requeridos para la ejecución del contrato.	Se presenta certificado de cumplimiento a lo establecido en el articulo 2.2.1.2.4.2.16 del decreto 1860 de 2021 dando cumplimiento al 5% de los bienes y servicios requeridos en el la ejecución del contrato, todos los soportes contables son enviados en medio magnetico y presentados en las visitas mensuales de legalización realizadas por el equipo de supervision.	• Formato de seguimiento financiero junto con los soportes documentales correspondientes. • Soportes de gasto, libros de contabilidad, control de inventarios, entre otros, en medio magnético o físico. • Informe de movimientos y transacciones generado desde el banco al ICBF. • Extracto y/o conciliación de la cuenta de ahorros auxiliar para el manejo de los gastos asociados al contrato y/o convenio.
7) Pagar oportunamente a los proveedores y presentar paz y salvo mensual o de acuerdo con su política de pago.	Se presenta certificado de cumplimiento de pago de proveedores, todos los soportes contables son enviados en medio magnetico y presentados en las visitas mensuales de legalización realizadas por el equipo de supervisión.	• Certificado de cumplimiento de pago a proveedores. • Libro auxiliar de la cuenta de proveedores, bancos y conciliaciones bancarias o extractos que identifiquen el pago. • Certificado del revisor fiscal o representante legal donde relacione proveedores y anexar paz y salvo de los mismos, donde se identifique que se encuentra al dia en sus obligaciones de pago para la vigencia contractual.

8

8) Pagar contra entrega el, o los productos adquiridos a los pequeños productores y productores de la Agricultura Campesina, Familiar y Comunitaria, o de sus organizaciones. La forma de pago utilizada por el Contratista para realizar el pago de los productos a los pequeños productores y demás actores de la agricultura campesina, familiar y comunitaria, o de sus organizaciones, se deberá realizar por transferencia bancaria a cuentas de ahorros, cuentas corrientes o transferencias a través de billeteras digitales, depósitos de bajo monto o transferencias a cuentas de ahorros de trámite simplificado (CATS). Para pagos en efectivo de requiere autorización previa del supervisor.	Se presenta todos los soportes contables (comprobantes de contabilidad, facturas o documentos equivalentes, soportes de pago) enviados en medio magnetico y presentados en las visitas mensuales de legalizacion realizadas por el equipo de supervision donde se evidencia la adquisicion de bienes y servicios a pequeños productores de la agricultura reportados en formato de informe vigente para compras locales, los pagos son realizados oportunamente mediante transferencias bancarias.	• En el formato de seguimiento financiero, debe estar el detallado del valor ejecutado. • Verificación del RUT donde se establezca la actividad economica que corresponde. • Actas de entrega y evidencia de la adquisicion. • Comprobante de egreso con soporte que respalde esta transaccion factura o documento equivalente con las condiciones legalmente establecidas. • Libro auxiliar de la cuenta por pagar a proveedores. • Libro auxiliar de la cuenta Bancos. • Extracto Bancario donde se verifiquen dichos pagos. • Autorizacion del supervisor en donde indique autorizacion de pago en efectivo y el valor autorizado.
9) Facilitar de manera oportuna e integral, libros de registro, archivos, actas, informes, expedientes y demás información financiera que le solicite el supervisor del contrato; esta información se debe suministrar completa en el lugar de ejecución del presente contrato y debe estar actualizada, de tal manera que permita verificar la ejecución del recurso de forma mensual, acorde con lo establecido en los documentos y sus respectivos clasificadores de costo según aplique para la modalidad.	Se presenta certificado donde consta que la fundacion cuenta con cumplimiento de libros de contabilidad y demas informacion financiera actualizada y requerida en la ejecucion del contrato.	Certificacion expedida por el representante legal, Contador y revisor fiscal (cuando aplique) en donde conste que cuenta libros de registro, archivos, actas, informes, expedientes y demás información financiera actualizada en el lugar de ejecución del contrato.
10) Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de presupuesto, ingresos y gastos.	Durante el mes de JULIO de 2025 en la ejecucion del contrato 63001982025 NO se realizaron traslados presupuestales	• Formato de seguimiento financiero version vigente. • Oficio por parte del operador donde solicite el traslado de recursos y su respectiva justificación. • Acta, correo u otros que identifique la aprobación por parte del supervisor de contratos del traslado de recursos en el mes que se esta verificando. • Formato de seguimiento financiero del mes anterior aprobado para validar si se presentaron traslados en alguno de los rubros, en caso de presentarse algun traslado, solicite el soporte de aprobación por parte del supervisor de contrato.
11) Ejecutar durante la vigencia del contrato los recursos asignados. No se podran realizar compras con cargo a los recursos del contrato para ejecutar fuera del plazo contractual. Se debe llevar un control que identifique la compra, entrega y saldos de los bienes adquiridos con recursos del contrato de aporte.	Se presenta informe financiero mensual en el formato establecido por ICBF donde se evidencia ingresos y gastos del contrato, tambien se presenta todos los soportes contables (comprobantes de contabilidad, libros auxiliares, facturas o documentos equivalentes, soportes de pago) enviados en medio magnetico y presentados en las visitas mensuales de legalizacion realizadas por el equipo de supervision donde se puede verificar el cumplimiento de la presente clausula contractual y las ejecucion presupuestal detallada por cada rubro. Todos los recursos del mes de octubre son ejecutados de acuerdo a los clasificadores del costo y en el plazo contractual.	• Libro de inventarios o el control de inventarios que lleve el operador con respectos a los elementos adquiridos para el cumplimiento de aporte. • Soportes de gasto, planillas de entrega, libros auxiliares y demas información requerida para validar la compra y entrega de mercancias. • Control de mercancias que lleva el operador de los elementos adquiridos con recursos del contrato de aporte: dotacion, leches, panales, entre otros, según la modalidad o servicio complementario.
12) Realizar en los tiempos acordados o establecidos para ello, el pago de las obligaciones adquiridas por parte del contratista, sin condicionar estos a la entrega de los recursos aportados por el ICBF del contrato de aporte.	Se presenta informe financiero mensual en el formato establecido por ICBF donde se evidencia ingresos y gastos del contrato, tambien se presenta todos los soportes contables (comprobantes de contabilidad, libros auxiliares, facturas o documentos equivalentes, soportes de pago) enviados en medio magnetico y presentados en forma fisica en las visitas mensuales de legalizacion realizadas por el equipo de supervision donde se puede verificar el cumplimiento de la presente clausula contractual y las ejecucion presupuestal detallada por cada rubro. Se anexan certificaciones de cumplimiento de pago a proveedores, talento humano y sistema de seguridad social y parafiscales.	• Documentos contables que evidencien los pagos de las obligaciones adquiridas por el operador en los tiempos que se hayan pactado para ello. • Documentos que evidencien el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por el operador para el desarrollo de la modalidad. • Soportes de pago a proveedores, talento humano, planilla de aportes a seguridad social del personal con contrato laboral y de prestacion de servicios (con la base de cotizacion acorde a la remuneración) y las novedades que se presenten en el mes), consignaciones o extractos bancarios, entre otros, que identifiquen el cumplimiento en los plazos establecidos de pago.
13) Llevar la contabilidad por centro de costos, de los recursos que le corresponde ejecutar del contrato, en la cual se identifique la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual, debidamente avalada por el contador, sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF.	Se presenta certificacion donde consta que la fundacion lleva la contabilidad por centros de costos para cada contrato y de acuerdo a las normas vigentes. Evidenciado en las visitas de legalizacion financiera donde se puede verificar el manejo del software de contabilidad CONTAPYME	Certificación expedida por el representante legal, contador y revisor fiscal (cuando aplique), en donde conste que lleva la contabilidad por centro de costos, en la cual se identifique la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF.
14) Reintegrar los recursos aportados, no ejecutados, ejecutados de forma indebida o que se utilicen en gastos diferentes a los reconocidos dentro de los clasificadores del costo aprobados para la modalidad, de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta el ICBF. Remitir al supervisor del contrato, dentro de los tres (3) días siguientes a la consignación, copia del documento donde conste la operacion que, por concepto de reintegros, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón de la ejecucion del contrato. El contratista puede autorizar que el ICBF descuente del saldo a favor, el valor correspondiente al reintegro que se llegase a causar. En el caso en que el contratista no reintegre o autorice el descuento del recurso, el supervisor de contrato puede descontar dicho recurso del saldo a favor antes de la terminación del contrato. PARAGRAFO: Las consignaciones a que hace referencia esta obligación deben realizarse únicamente en la cuenta informada por escrito por el supervisor del contrato.	Durante el mes de JULIO del 2025 en la ejecucion del contrato 63001982025 NO se realize reintegro de recursos	• Copia de la consignacion y/o transferencia cuando se haya solicitado reintegro y no sehaya realizado descuento. (Si aplica). • Documento que acredite que el reintegro se haya realizado en la cuenta definida por el ICBF, por el valor y en el tiempo establecido, cuando se haya solicitado.

15) Presentar la información contable al supervisor y llevar cuenta bancaria de ahorros exclusiva para el contrato y en el caso que aplique y sea notificado por el supervisor debe tener cuenta maestra para el manejo de los recursos destinados para el presente contrato de conformidad con lo establecido en la Resolucion 1400 del 24 de febrero de 2020 modificada por las Resoluciones 8300 de 2021 y 3944 de 2022.	Los recursos del contrato 63001982025 son manejados en cuenta de ahoros exclusiva para el manejo de los recursos del contrato, tambien se presenta todos los soportes contables (comprobantes de contabilidad, libros auxiliares, facturas o documentos equivalentes, soportes de pago, extracto bancarios) enviados en medio magnetico y presentados en forma fisica en las visitas mensuales de legalizacion realizadas por el equipo de supervision donde se puede verificar el cumplimiento de la presente clausula contractual y las ejecucion presupuestal detallada por cada rubro. Se anexan conciliacion bancaria, libro auxiliar de bancos, extractos bancario de la cuentas bancarias y formatos de autorizacion para abono de recursos del contrato.	• Certificacion bancaria que identifique que la cuenta es exclusiva para el manejo de los recursos del contrato de aporte en la regional donde se presta el servicio (cuando aplique). • Certificación bancaria de la cuenta.
16) Si el operador tiene contratos labores con todos sus beneficios y maneja cuenta maestra, debe realizar las provisiones correspondientes (cesantias, intereses a las cesantias, primas legales, vacaciones, indemnizaciones y demás obligaciones laborales derivadas de la relacion contractual) en la cuenta maestra.	Se anexa libro auxiliar y tabla de la provisiones del talento humano, de las cuentas por pagar a cada uno de los trabajadores	• Libro auxiliar de la cuenta por pagar a empleados. • Libro auxiliar de la cuenta Bancos. • Extracto Bancario donde se verifique el recurso
17) Los traslados presupuestales entre clasificadores del gasto solo serán permitidos de manera excepcional, previa justificación técnica, financiera y operativa por parte del contratista y requerirán autorizacion escrita y expresa del Supervisor del contrato.	Para el mes de Julio no se realizaron traslados presupuestales	Para la verificación mensual, el operador debe apertar: * Formato de seguimiento financiero versión vigente *Oficio por parte del operador donde solicite el traslado de recursos y su respectiva justificación. *Acta, correo u otros que identifique la aprobación por parte del supervisor de contratos del traslado de recursos en el mes que se está verificando. • Formato de seguimiento financiero del mes anterior aprobado para validar si se presentaron traslados en alguno de los rubros; en caso de presentarse algún traslado, solicite el soporte de aprobación por parte del supervisor de contrato. • Verifique en el acta la justificación y descripción del traslado y si este se realizo de acuerdo con lo definido.

COMPONENTE LEGAL		
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	DESARROLLO DE LA CLAUSULA CONTRACTUAL	DOCUMENTO (s) QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO
1) Mantener la licencia de funcionamiento vigente para el servicio objeto del presente contrato durante el plazo de ejecución.	La licencia de funcionamiento se encuentra vigente por dos años a partir del 09/07/2025	Copia digital de la licencia de funcionamiento
2) Suscribir el acta de inicio del contrato.	Se anexa acta de inicio	Acta de inicio
3) Suscribir todas las actas que se produzcan con ocasión de la ejecución del contrato.	Durante este mes no se presesntaron actas frnte a la ejecucion del contrato, por lo tanto no se aportan evidencias.	Copias de las actas del periodo
4) Cumplir con las obligaciones laborales que como empleador se puedan generar con relación al contrato suscrito.	Se anexa certificado mensual y soportes correspondientes.	Certificacion expedida por el representante legal, en donde conste que la entidad se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral, como: i) aportes parafiscales, ii) aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral, iii) el pago de sueldos u honorarios según la vinculacion laboral, iv) el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores, v) el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros. Soportes de pagos a empleados.
5) Presentar mensualmente las certificaciones expedidas por el representante legal de la entidad o revisor fiscal, según corresponda, donde conste que la misma se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral, como: i) aportes parafiscales; ii) aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral; iii) el pago de sueldos u honorarios en los tiempos establecidos para tal fin, según la vinculación laboral (no se admiten mora en los pagos); iv) el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores; v) el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros. (en caso de evidenciarse presuntas irregularidades en la información se procederá a las denuncias respectivas, según aplique)	Se anexa certificado mensual.	Certificación expedida por el representante legal, en donde conste que la entidad se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de caracter laboral, como: i) aportes parafiscales, ii) aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral, iii) el pago de sueldos u honorarios según la vinculacion laboral, iv) el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores, v) el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros
6) Entregar de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios para atender requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control, reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador	No se recibio ninguna solicitud durante este mes. Por tal razon no se anexan evidencias.	Soportes de entrega de informacion solicitada por el ICBF para atender demandas y solicitudes de conciliacion, en acciones de medio de control, reparación directa y demás que se requieran.
7) El contratista se obliga durante toda la ejecución del contrato a verificar periódicamente (cada cuatro meses) que su personal no se encuentra inscrito en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, conforme lo establecido en la Ley 2375 de 2024 y deberá archivar los soportes de dicha verificación debidamente actualizados y organizados. El Incumplimiento de esta obligación se entenderá como un incumplimiento grave del contrato, y podrá dar lugar a la imposición de sanciones conforme al articulo 86 de la Ley 1474 de 2011.	Se anexa la consulta de antecedentes por medidas correctivas y por inhabilidad por delitos sexuales del personal actualizados de acuerdo a la vigencia de verificacion de cada tres meses desde el inicio del contrato.	Evidencias de la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas y la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes.

OBLICACIONES SIGE		
EJE DE CALIDAD		
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	**DESARROLLO DE LA CLAUSULA CONTRACTUAL**	**DOCUMENTO (s) QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO**
1) Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios.	Se relaiza socializacion de la informacion basica del ICBF, codigo de etica, carta de trato digno, aspectos generales de la fundacion, politica integrada de gestion, entre otros.	En el primer informe de prestación del servicio y posteriormente cada que se realice cambios en el talento humano se deberá aportar el acta de reunión y listado de asistencia Formato 1 (Formato Asistencia, Reunion y Capacitación v2) en el que evidencie que realiza la presentación entregada por el ICBF A1.G7.ABS al equipo que haga parte de la operación para la prestación del servicio, con el propósito que todos conozcan el contexto interno y externo del ICBF.
2) Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestacion del servicio.	La encuesta de percepcion del servicio a beneficiarios se realizo entre el 26 y el 30 de julio 2025 y con las familias el 27 de julio del 2025. EVIDENCIA: Encuestas realizadas en el mes de julio 2025	Evidencias resultados de la encuesta de percepción y soportes correspondiente.
3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestacion de servicio.	En el mes no se dan acciones de mejora. Por lo tanto no se envian evidencias	Soportes Formato 2 (Formato Acciones de Mejora v2)
4) Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto contractual.	En el primer informe se remite procedimiento de trámite de PQRS, se realiza apertura del buzon quincenalmente, evidencia actas de apertura mes de julio 2025	En el primer informe, procedimiento de cómo el operador gestiona peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que se presenten durante la ejecución del contrato. Una de las formas más comunes es el buzón de sugerencias, el cual se podrá utilizar teniendo en cuenta que su uso y manejo debe estar documentado (apertura y tratamiento de las PQRS). Para posteriores entregas, las actas de apertura de buzón de sugerencias o evidencias de gestión frente a las PQRS.
EJE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN		
1) Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato.	Se adjunta el compromiso de confidencialidad	Compromiso de confidencialidad. Una sola entrega al inicio del contrato.
2) Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato.	En el mes de julio no se presentaron incidentes de seguridad de la informacion por lo tanto no se aportan evidencias.	Cuando aplique: Reporte de incidentes de Seguridad de la Información. En el formato 6 (Formato Reporte de Incidentes de Seguridad de la Información v2). En caso de no presentarse incidentes de seguridad en el mes del informe, se debe incluir un párrafo en la casilla de la izquierda,en el cual se aclare que durante el periodo no se presentaron incidentes de seguridad.
3) Prever el plan de recuperacion y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecucion de este.	Se envia plan de contingencia	Al inicio del contrato el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado, en el formato 25 (Formato Plan de Recuperacion y Contingencias v2)
4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y revision de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato	Para efectos de primer informe del contrato no aplica el anexo del formato de cumplimiento de la politica de seguridad de la información	En el segundo y ultimo informe mensual de prestación del servicio el formato 4 (Formato Cumplimiento de Politica de Seguridad de la Información v3)
EJE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
1) Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019 o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente.	Se envia el certificado de que se cuenta con una profesional de seguridad y salud en el trabajo. EVIDENCIA certificado de representante SST	Durante el primer mes de ejecución la certificación de designación del representante de Seguridad y Salud en el Trabajo.

2) Presentar matriz con la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato.	Se envia la matriz de identificacion de peligros, valoracion de riesgos e identificaciones de controles EVIDENCIA: Matriz de riesgos	Durante el primer mes de ejecución la matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, en el formato 27 (Formato Matriz de Peligros Evaluación Valoración Riesgos v1). Verificar que la matriz contenga la identificación de peligros y valoración de riesgos para la ocurrencia de los accidentes de trabajo y/o la generación de enfermedades laborales y aquellas situaciones que pueden generar posibles pérdidas materiales, humanas, entre otras.
3) Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Induccion en materia de seguridad y salud en el trabajo durante este mes no se realiza induccion a funcionarios, por lo tanto no se envia ninguna evidencia en este informe.	En el primer informe mensual de prestación del servicio y cada vez que se realice ingreso de personal nuevo, el soporte de la inducción de su personal en materia de seguridad y salud en el trabajo y de acuerdo con los peligros a los cuales estará expuesto el trabajador en el desarrollo de la actividad. El soporte es el listado de asistencia y acta de reunión, en el formato 1 (Formato Asistencia, Reunión y Capacitación v2)
4) Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades.	Para el mes de julio no se realiza entrega de elementos de proteccion, Se hace entrega diaria de tapabocas como medida de proteccion. como no hay entregas no se presentan evidencias en este informe.	Matriz de EPP de acuerdo con los cargos y entrega de elementos de Protección Personal respectivamente, debidamente firmado por cada trabajador, en el formato 28 (Formato Matriz de EPP v1. y Formato 29 (Formato Entrega de EPP v1). Para la elaboración de la matriz de EPP se requiere: Localización de los peligros: Se deberán identificar los peligros concretos que afectan al trabajador, esta identificación podrá ser producto de diferentes evaluaciones de riesgos y de diferentes técnicas: Inspecciones de seguridad observación planeadas, análisis de riesgos. Definición característica del peligro: Una vez identificado el peligro se deberá analizar y comprobar mejor y la menor manera de combatirlo. Determinación de las partes del cuerpo del individuo a proteger: Protección de cabeza, ojos, oídos, vías respiratorias, manos, pies u otras. Selección de características de los elementos de protección: Los elementos de protección personal deben cumplir con las normas técnicas nacionales o internacionales de calidad, aprobadas por las autoridades competentes.
5) Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato.	Los examenes medicos ocupacionales se encuentran en las hojas de vida de todos los funcionarios, se envian los examenes medicos de todos los funcionarios	Certificado médico ocupacional realizado a su personal, este examen tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista. En el caso de perder su condición de contratista por un periodo superior a seis (6) meses continuos, o cuando se presente un cambio de cargo deberá realizarse nuevamente el examen.
6) Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.	Se cuenta con un plan de atencion a las emergencias. EVIDENCIA: Plan de emergencias establecido por la profesional de SST.	Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, denominado plan de emergencias y contingencias, en el formato 32 (Formato Elaboración Plan de Emergencias y Simulacro v1). Este plan debe considerar como mínimo los siguientes aspectos: • Identificar amenazas naturales, sociales y antrópicas no intencionales, como: inundación, sismo/Terremoto, Huracán, avalancha, incendio, entre otras de acuerdo con su ubicación geográfica. • Valorar y evaluar el riesgo con relación a las amenazas identificadas. • Identificar los recursos disponibles para la atención de emergencias, como extintores, camillas, botiquines, gabinetes contra incendio, alarmas de emergencias. •Diseñar e implementar procedimientos de respuesta, planes de contingencia de acuerdo con las amenazas identificadas. •Realizar simulacros como mínimo una (1) vez al año con la participación de todo el personal. •Conformar, capacitar y entrenar la brigada de emergencias, acorde a los niveles de riesgo y los recursos disponibles. •Plan de capacitación y entrenamiento para las partes involucradas.
EJE AMBIENTAL		

1) Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad.	El informe de las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de energía, agua y papel y el manejo adecuado de los residuos.	Semestralmente, informe en el formato 33 (Formato Cumplimiento de las Buenas Prácticas Ambientales v1), que contenga: • Actividades de manejo, almacenamiento y disposición final de los residuos ordinarios y aprovechables generados durante la ejecución del contrato anexando soportes de entrega de los residuos aprovechables gestionados (cantidad y registro fotográfico). • Actividades implementadas para el manejo de los residuos de elementos de protección personal – EPP's, tales como: guantes, tapa bocas, entre otros. • Actividades implementadas para el ahorro y uso eficiente del agua, energía y papel. • Actividades implementadas para el cuidado de los árboles, zonas verdes y demás ecosistemas naturales. • Actividades sobre el manejo de los residuos de dotación en desuso.
2) Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio.	Se presenta evidencia en el primer informe Concepto sanitario favorable.	En el primer informe mensual de prestación del servicio y de manera semestral, copia de los actos administrativos mediante los cuales se otorgaron las autorizaciones y permisos ambientales requeridos para la prestación del servicio, tales como: permiso o registro sanitario, vertimientos, concesión de aguas, emisión de ruido, y emisiones atmosféricas, generador y acopiador de aceite industrial, generador de aceite de cocina usado, intervención silvicultural (tala, poda, reubicación de individuos arbóreos), entre otros, y evidencias de cumplimiento de los requisitos definidos en el permiso y/o autorización, tales como: estudios ambientales, caracterizaciones de vertimientos, reportes de generación de residuos, mantenimientos, compensaciones, entre otras. Notas: La obligatoriedad de los permisos y/o autorizaciones ambientales y el procedimiento de solicitud y otorgamiento deberá ser confirmado ante la respectiva autoridad ambiental, toda vez que puede variar según cada jurisdicción. Para el caso de los trámites por concepto de intervención silvicultural (tala, poda y/o reubicación de árboles) que sean gestionados por el operador ante la autoridad ambiental competente, se deberá informar al ICBF sobre las gestiones realizadas.
3) Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente.	Evidencia en el formato establecido por ICBF enviadas en el primer informe.	Semestralmente evidencia de las medidas implementadas para el manejo adecuado de productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato, tales como: etiquetado de envases, instrucciones para el almacenamiento y transporte, utilización del inventario de sustancias químicas, matriz de compatibilidad, hojas de seguridad, las cuales deben estar impresas, con el rombo de seguridad a color y con los 16 datos según la normativa vigente en el Formato Manejo Seguro de Sustancias Químicas con soportes, tales como: Matriz de compatibilidad, Inventario de productos químicos, hojas de seguridad, lista de chequeo manejo seguro de sustancias químicas, entre otros. Dentro de los productos químicos se encuentran las sustancias que se utilizan para las actividades de aseo, fumigación y mantenimiento, tales como: desinfectantes, jabones, pinturas, disolventes, insecticidas, hipoclorito de alta concentración, entre otros. Ver aclaraciones eje ambiental (página 34) de la guía para adquisición de bienes y servicios de calidad.
4) Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente. (aplica solo en caso de que se manejen combustibles en la unidad de servicio).	En la sede NO se utiliza gasolina ni otros combustibles, por lo tanto no se envían evidencias.	Semestralmente evidencia de las medidas implementadas para el manejo adecuado de los combustibles utilizados durante la prestación del servicio, en el Formato Certificación Manejo Seguro de Combustible F36.G7.ABS, en donde se describe el etiquetado de envases, instrucciones para el almacenamiento y transporte, para lo cual se podrán adjuntar soportes tales como: hojas de seguridad, las cuales deben estar impresas, con el rombo de seguridad a color y con los 16 datos según la normativa vigente. Ver aclaraciones eje ambiental (página 34) de la guía para adquisición de bienes y servicios de calidad.

8

5) Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato.	Los residuos especiales se manejan a traves de la empresa RH-SAS. Las evidencias se recopilaran semestralmente segun la periodicidad establecida, por lo que no se envian evidencias en este informe.	Semestralmente la relación de las medidas implementadas para el manejo y disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos generados durante la ejecución del contrato en el Formato Certificación Manejo de Residuos Especiales y Peligrosos F37.G7.ARS, anexando certificado o acta de disposición final de residuos especiales y/o peligrosos ante un gester ambiental. Dentro de los residuos peligrosos se encuentran algunos como: luminarias, tóneres, envases de plaguicida, productos químicos, solventes y pinturas, aceites usados, baterías, pilas, residuos hospitalarios, medicamentos vencidos y los demás residuos catalogados como peligrosos segun la normativa ambiental. Asi mismo, dentro de los residuos especiales se encuentran algunos como: aceites de cocina usados, llantas, escombros, aparatos eléctricos y electrónicos, y los demás residuos catalogados como especiales segun la normativa ambiental. Ver aclaraciones eje ambiental (página 34) de la guia para adquisición de bienes y servicios de calidad.
6) Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados.	La trampa de grasas fue intervenida en el mes de septiembre y al momento se encuentra funcionando adecuadamente, en el momento no es necesario intervenirla de nuevo, en este informe no se envian evidencias por esta razon.	Semestralmente la relación de las actividades de lavado y limpieza de la trampa de grasas y demás sistemas de tratamiento de agua residual, asi como las medidas implementadas para el manejo adecuado de los residuos generados, en el formato Certificación Lavado y Mantenimiento Trampa de Grasas y demás Sistemas anexando informes de mantenimiento y limpieza, asi como, certificaciones de disposición final de residuo, si aplica. Las trampas de grasas son sistemas utilizados para separar los sedimentos y grasas de las aguas residuales. Considerando como sistemas de tratamiento de agua residual tales como: plantas de tratamiento de aguas residuales, pozos sépticos, lagunas de oxidación, entre otros.
7) Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente.	Se presenta el plan de saneamiento en el mes de julio de 2025 al ICBF.	En el primer informe mensual de prestación y de manera trimestral los soportes de la formulación e implementación de un plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente en el Formato Plan de Saneamiento y Formato Registros Plan de Saneamiento, adjuntando el Plan de Saneamiento formulado y los registros de cumplimiento. Ver aclaraciones eje ambiental (pagina 34) de la guia para adquisición de bienes y servicios de calidad.

RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL (EN CASO DE QUE APLIQUEN)		
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	DESARROLLO DE LA CLAUSULA CONTRACTUAL	DOCUMENTO (s) QUE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO
1. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, numero de identificación, telefonos, horario de atención, numero de cupos a atender en este punto). Así mismo informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes.	Durante el mes de julio se hace cambio de punto de entrega, de responsable y suplente con autorizaciones correspondientes	Relación de datos de puntos de entrega y de cambio de puntos con la información solicitada, cuando haya lugar, y soporte de entrega del formato de responsable de punto de entrega al profesional responsable del AAVN en la regional o centro zonal.
2. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato y suministro de la alimentación a los adolescentes y jovenes hombres y mujeres beneficiarios para la Modalidad de atención, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningun caso se podrá donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF.	Se hacen las entregas correspondientes a cada sede de FARO y se hace posterior a esto entrega diaria a los beneficiarios	Certificación expedida por el representante legal en donde conste que utiliza los alimentos de alto valor nutricional unicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF y especifique que se abstiene de realizar entregas de producto a unidades y/o beneficiarios no participantes de la modalidad, de recibir los Alimentos de Alto Valor Nutricional, que tenga en el acta de entrega otro destinatario, salvo en los casos debidamente autorizados por el ICBF y se abstengan de donar, vender, usar indebidamente, destinar y/o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF.
3. Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente y en concordancia con las instrucciones que imparta el ICBF con el fin de garantizar su conservación.	Para el mes de julio se recibio con No de acta 2141087 la cantidad de 50 destinado para el periodo reportado AGOSTO , y en bodega tengo la cantidad de 50 con FV 09/12/2025 y lote 2144353 cumpliendo normas de LA GUIA DE ALMACENAMIENTO BODEGAS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL v2 almacenando sobre estibas y/o canecas plásticas con tapa en condiciones que eviten su contaminación, alteración y daños físicos, asegurando las optimas condiciones sanitarias de limpieza y conservación y con los controles necesarios.	Informe mensual de visitas de la interventoria del contrato de producción y distribución de Alimento de Alto valor Nutricional, verifique que sea haya sido entregado al centro zonal, se relacionen visitas a la entidad contratista como punto de entrega y si se generan hallazgos frente a la recepción y almacenamiento del Alimento. Anexo No. 57. Instrumento de seguimiento al cumplimiento de condiciones para la recepción, almacenamiento y control de Alimentos de Alto Valor Nutricional en punto de entrega. IN5.P5.PP. De no haber recibido visita, Certificación del cumplimiento de condiciones para la recepción, almacenamiento y control de Alimentos de Alto Valor Nutricional en punto de entrega. Nota: El anexo 57 IN5.P5.PP se encuentra en el mapa de procesos de ICBF-Nutrición
4. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el dia 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes.	En el periodo reportado (julio) no se presentaron dificultades en el desarrollo del programa, pero se reporte al Tecnólogo en Control de Calidad de Alimentos y Nutricionista del Centro Zonal armenia sur del ICBF Regional Quindio el informe mensual con las cantidades entregadas y los respectivos saldos, despues de realizar la entrega correspondiente al mes de julio de 2025, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes.	Informe mensual de prestación del servicio
5. Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro.	N/A	Acta y/o planilla de entrega, de acuerdo con el numero de puntos de entrega establecidos.
6. Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y los personas responsables de su recibo y distribucion, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnetico o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde esta ubicado el punto de entrega.	N/A	Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades y a los usuarios, en el que indique la cantidad por sabor, numero de lote y fecha de vencimiento de los alimentos de alto valor nutricional que recibió, coincide con la información registrada en el acta de entrega a satisfacción del producto, la rotación adecuada del producto de forma que las "Primeras en entrar sean las primeras en salir", la entrega oportuna de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades y/o beneficiarios que harán uso de la misma, para evitar su deterioro, diligencia oportunamente los formatos del ICBF: Entrega a Unidades, Entrega a Beneficiarios y Control de Inventarios en los puntos de entrega y el operador garantizará que se registre mensualmente el movimiento de los Alimentos de Alto Valor Nutricional (cantidades recibidas, suministradas y el saldo)

7. Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN, en caso de que aplique.	La EAS transporta los Alimentos de Alto Valor Nutricional - AAVN a las unidades ejecutoras en vehículos que cumplen con las condiciones adecuadas de acuerdo a la normatividad vigente. SE TRANSPORTA A SEDE SAN GABRIEL EN CALARCA QUINDIO.	Certificación expedida por el representante legal en la que conste que transporta los alimentos de alto valor nutricional a las unidades en vehículos que cumplan con las condiciones adecuadas según legislacion respectiva vigente, los cuales deben contar con concepto sanitario favorable. Adicionalmente, verifique que adjunte copia del concepto sanitario vigente.
8. Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional.	La EAS solicita y acepta el apoyo y asesoria por parte del Tecnólogo en Control de Calidad de Alimentos y Nutricionista del Centro Zonal ARMENIA SUR del ICBF Regional Quindio cuando se requiere. Para el dia 28/07/2025 se realizo visita por parte de la interventoria y por parte del ICBF	Listados de asistencia, actas, registro fotográfico, etc.
9. Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF.	CONTROL SOCIAL MES DE JULIO: USO ADECUADO DE LA REFRIGERARINA	Actas o comunicaciones generadas para la gestión de la promocion del control social y/o las actividades de control social a las que fue convocado y que adjunten soportes de la participación en estas actividades.
10. Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoria y/o el ICBF.	NO SE REPORTAN REQUERIMIENTOS	Actas de las visitas realizadas por la Interventoria y/o el ICBF, los requerimientos realizados y las acciones efectuadas para dar respuesta a los organismos de control del Estado y a las novedades presentadas en el periodo.
11. Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional.	N/A	Relación en el informe mensual de prestación del servicio de las cantidades de alimentos que presenten vencimientos, generen averías por mal almacenamiento o redistribucion de producto, hurto o perdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF y el recibo de consignación.
12. Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría.	La EAS Atendio la visita por parte Centro Zonal 28/07/2025 del ICBF Regional Quindio y/o Interventoria el (Fecha de realización de la visita) según acta # (Colocar el número del acta de reunión cuando la visita es realizada por el Centro Zonal), para la aplicacion del Anexo 57 Instrumento de seguimiento al cumplimiento de condiciones para la recepción, almacenamiento y control de Alimentos de Alto Valor Nutricional-AAVN en punto de entrega, obteniendo un porcentaje de cumplimiento en todos los items (Cuando los seis grupos que se califican obtienen 100 %); si se presenta afectación en alguna variable debe colocar la calificación obtenida para el punto de entrega primario).	Certificado expedido por el representante legal en el cual conste que dio trámite oportuno a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solucion de las novedades reportadas por el ICBF y/o la interventoria, cuando aplique.
13. Al finalizar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.	A la fecha el contrato 63010010023 se encuentra vigente. En caso que queden saldos de AAVN informaremos al Centro Zonal ARMENIA SUR del ICBF Regional Quindio para realizar los traslados correspondientes de acuerdo a las indicaciones que imparta el ICBF.	Certificado expedido por el representante legal en el cual conste que redistribuyó por su cuenta (transporte de un lugar a otro) los saldos de los alimentos de alto valor nutricional que queden en sus puntos de entrega, de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF, cuando aplique.

247
10

Salento, 8 de agosto de 2025

Señores: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
JHOVANA ZAPATA HENAO
SUPERVISORA DEL CONTRATO No. 198.
REGIONAL QUINDIO.

ASUNTO: CD – INFORME TECNICO MES DE JULIO DE 2025 CONTRATO No. _198_2025



Fundación Familiar Faro – Sede San Rafael



11 240

Calarcá, JULIO 31 de 2025

Señores:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Quindío

EL REVISOR FISCAL CERTIFICA:

Que la **FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO con NIT. 800.034.694-1**, en las modalidades contratadas, todos los usuarios (as) recibieron la atención conforme a lo establecido en el lineamiento técnico modelo de atención y lineamiento técnico de modalidades vigentes y todos aquellos que se modifiquen o adicionen.

Atentamente,

MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA
C.C. No. 89.003.422
T.P. No. 117256-T
REVISOR FISCAL

249

17

DRA:
JHOVANA ZAPATA
Supervisora del Contrato
Centro Zonal Armenia Norte
ICBF QUINDIO

Cordial Saludo,

De manera muy respetuosa le envio la relacion de usuarios atendidos por nuestra institucion

Contratista: **FUNDACION "FARO"**

Modalidad: **Internado - Restablecimiento de Derechos**

No Contrato: **63-001982025**
Cupos Contratados: **Cuarenta y nueve (49)** Periodo: **1 AL 31 DE JULIO DE 2025**

No	NUIP	USUARIO	Edad	SEXO		CARACTERIZACION	Fecha de Ingreso	Hora ingreso	Fecha de Egreso	Hora de egreso	No de dias atendidos	Defensor
1	1090275249	MILDREY DAYANA QUICENO ORTEGA	15		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	8/08/2023				30	GEOVANY PATIÑO
2	1032250502	RICHARD ESTIVEN POLANCO	18	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	17/11/2023				30	EDISON ALEXANDER TORRES
3	1005133827	WILSON STEVEN MONTOYA MORALES	22	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	28/12/2023				30	LAUREN KATERINE RAMOS TORRES
4	1123809555	GABRIELA RINCON ACEVEDO	14		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	12/06/2024				30	GLORIA LUCILA FIGUEROA - COMISARIA CIRCASIA
5	1094907521	DIEGO FERNANDO VELASQUEZ ESTRADA	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	12/07/2024				30	LAUREN KATERINE RAMOS TORRES
6	1004799189	LAURA CAMILA PINEDA GOMEZ	22		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	6/08/2024				30	JENNY ROJAS MENDEZ
7	1094939706	TIFFANY MUÑOZ OSPINA	13		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	20/02/2025		[illegible]		5,5	LAUREN KATHERINE RAMOS
8	1096199394	YERSON ENRIQUE ARAGON ARENAS		M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	4/03/2025				30	ROCIO TOVAR GIRALDO
9	1092855458	KAROL ANDREA MEJIA GAVIRIA	13		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	8/04/2025				30	LESMIDIA RUEDA
10	1148951862	JHONATAN CHAMORRO ORTIZ	12	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	10/04/2025		[illegible]		7,5	ROCIO TOBAR GIRALDO
11	1091863909	YURGEN ANDRES BONET DURAN	15	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	10/04/2025				30	ROCIO TOBAR GIRALDO
12	1093912588	DARIO EDUARDOCARDENAS ESQUIVEL	15	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	11/04/2025				30	ROCIO TOBAR GIRALDO
13	1037125096	MIGUEL ANGEL CARVAJAL ARIAS	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	28/04/2025		[illegible]		10,5	EDISON ALEXANDER TORRES
14	1118863928	NICOL DAHIANA MELO GALEANO	16		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	08/05/2025				30	JENNY ROJAS MENDEZ
15	1091863822	URIEL YAIR GUERRERO AVENDAÑO	17	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	8/05/2025				30	ROCIO TOVAR GIRALDO
16	1094867230	DREINER CUETUMBO QUISACUE	16	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	16/05/2025				30	ROCIO TOVAR GIRALDO
17	1094913471	SOFIA RODRIGUEZ	15		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	18/05/2025		[illegible]		19,5	COMISARIA CIRCASIA
18	1094534227	NELSON VILLAGMIZAR GONZALEZ	17	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	20/05/2025		[illegible]		7,5	MARIA ALEJANDRA ACOSTA
19		YOXTIN ALEXANDER CARDONA MARTINEZ				PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	21/05/2025				30	LESMIDIA RUEDA
20	1110044188	NICOLAS STIVEN MONCADA ATEHORTUA	16	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	21/05/2025				30	COMISARIA CIRCASIA
21	1098050117	PAULA VALENTINA QUINTERO	11		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	29/05/2025				30	COMISARIA PIJAO
22	1093756541	AUDIN IVAN CAÑAS VILLAMIZAR	16	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	29/05/2025		[illegible]		22,5	ROCIO TOVAR GIRALDO
23	IE36432481	FRANSHUA ENRIQUE SAEZ TOLEDO	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	30/05/2025				30	LUZ EUGENIA TABARES
24	1098842939	CRISTIAN DAVID OCORO GARCIA	16	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	30/05/2025				30	ROCIO TOVAR GIRALDO
25	1091886435	ANGIE MARCELA GONZALES	17		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	3/06/2025				30	LESMIDIA RUEDA
26	1137149123	KENSY DANIELA VERJAN RIOS	15		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	5/06/2025				30	ANA MARIA GONZALEZ
27	1118530035	MARLON DUVAN TRIVIÑO TRUJILLO	23	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	9/06/2025				30	ANA MARIA GONZALEZ
28	1089543335	JHON CARLOS MONTAÑO ANGULO	15	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	10/06/2025				30	ANA MARIA GONZALEZ
29	1097729672	LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO	10		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	20/06/2025				30	COMISARIA MONTENEGRO
29	1040366563	JHON ALEXANDER PADILLA RUIZ	16	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	24/06/2025		[illegible]		5,5	LESMIDIA RUEDA
30	1061751446	OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS	12	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	29/06/2025		[illegible]		22,5	LAUREN KATERINE RAMOS TORRES
31	1029650614	ANDRES SANTIAGO OROZCO MELO	15	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	2/07/2025				29,5	LAUREN KATHERINE RAMOS
32	1028947973	DANNA VALENTINA PIRAZAN QUINTERO	13		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	4/07/2025				27,5	COMISARIA 1ra DE FAMILIA
33	1094933225	BRAYNNY XIMENA MONSALVE ALVAREZ	13	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	4/07/2025		[illegible]		11	JENNY ROJAS MENDEZ
34	1030100925	ANGIE CAROLINA BETANCURT MOTATO	13		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	8/07/2025				23,5	JENNY ROJAS MENDEZ
35	1128909659	BRAYAN ESTIBEN TAPASCO CARMONA	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	11/07/2025				20,5	LESMIDIA RUEDA
36	1143367463	JHONATAN ANDRES RUBIO OVIEDO	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	12/07/2025				19,5	RODRIGO FACIOLINCE
37	35952211	DAVID HERNANDEZ PADILLA	13	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	15/07/2025		[illegible]		7	JENNY ROJAS MENDEZ
38	1094915981	ANDRES FELIPE RAMIREZ BERGAÑO	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	15/07/2025				16,5	EDISON ALEXANDER TORRES
39	1097729565	JEREMYN STIVEN OSPINA AGUIRRE	10	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	15/07/2025				16,5	GEOVANY PATIÑO
40	10060988957	Camilo Alejandro Hernández Chito	15	m		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	22/07/2025				9,5	ANA MARIA GONZALEZ
41	1024509914	DIANA IBARRA CONTRERAS	15		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	24/07/2025				7,5	LESMIDIA RUEDA
42		DALVIS YOENDER GONZALEZ CASTILLO	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	31/07/2025				0,5	BLANCA DORIS ALZATE
43	1139875310	DANA VICTORIA MORALES DUQUE			F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	31/07/2025				0,5	COMISARIA DE LA TEBAIDA
			30							0	980,50	

CUPOS PARCIALMENTE UTILIZADOS DURANTE EL PERIODO

Dias Atendidos:	980,50	Equiv. en Cupos	49,00
No. De Adolescentes			**Total Dias**
23	30,0		0,0
1	29,5		690,0
1	27,5		29,5
1	23,5		27,5
2	22,5		23,5
1	20,5		45,0
2	19,5		20,5
2	18,5		39,0
1	11,0		33,0
1	10,5		11,0
1	9,5		10,5
3	7,5		9,5
1	7,0		22,5
2	5,5		7,0
2	0,5		11,0
			1,0
			0,0
TOTAL			0,0
			980,5

CUPOS NO UTILIZADOS DURANTE EL PERIODO

DIAS NO ATENDIDOS:	489,5
EQUIVALENTE EN CUPOS	16,32

CUENTA DE COBRO

CUPOS CONTRATADO		49
VALOR CUPO MES		$ 2.257.116,00
COSTO FIJO CUPO NO UTILIZADO 63,2%		$ 1.426.497,31
COSTO FIJO CUPO NO UTILIZADO DOS MESES CONSECUTIVOS (70%)		$ 0,00

VALOR CUPOS UTILIZADOS TOTALMENTE	23,00	51.913.668,00
VALOR CUPOS UTILIZADOS PARCIALMENTE	9,68	21.856.406,60
VALOR CUPOS NO UTILIZADOS 100%	16,32	23.275.681,14
VALOR CUPOS NO UTILIZADOS 70%	0,00	0
TOTAL A PAGAR	**49,00**	**97.045.756**

LUIS EDIER USMA OSORIO
DIRECTOR GENERAL Y REPRESENTANTE LEGAL

250

~~13~~

13

BIENESTAR FAMILIAR

SISTEMA DE SUPERVISION DE LOS CONTRATOS DE APORTES SUSCRITOS POR EL ICBF

PROTECCIÓN

CERTIFICACION DE COBERTURA ATENDIDA

Regional o Seccional	QUINDIO	Centro Zonal	ARMENIA

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD CONTRATISTA:

FUNDACION FAMILIAR PRO REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO NIT: 800034694-1

CERTIFICA:

Que los 49 cupos contratados y administrados por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes de JULIO del año 2025 siguiendo los lineamientos técnico administrativos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidad.

La cobertura programada y atendida es la siguiente:

COBERTURA PROGRAMADA				COBERTURA ATENDIDA			COBERTURA NO ATENTIDDA
MODALIDAD	Unidades	Cobertura		MODALIDAD	Unidades	Cobertura	
Internado	1	49		Internado	1	32,13	17,87
Total	1	49		Total	1	32,13	17,87

La presente certificación se expide a solicitud del supervisor del contrato No. 6300-198-2025 de 2024 (Año) suscrito entre el ICBF y FUNDACION FAMILIAR FARO (Entidad contratista)

en ARMENIA (Ciudad) a los (02) dias del mes de JULIO del año 2025

Nombres y apellidos del representante legal	Firma y No. de cédula
LUIS EDIER USMA OSORIO	7562674

14

Faro

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Calarcá, JULIO 31 de 2025

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL QUINDIO
CONTRATO 63-00-198-2025

El suscrito representante legal **LUIS EDIER USMA OSORIO** identificado con cedula de ciudadanía No 7.562.674 de la ciudad de Armenia, y **MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 89.003.422 de la ciudad de Armenia, en calidad de Revisor Fiscal de la **FUNDACION FAMILIAR PROREHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO** identificada con NIT No. **800.034.694-1** manifestamos que se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto con todos sus proveedores de Bienes y Servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución Con corte al mes JULIO **2025**

Atentamente,

LUIS EDIER USMA OSORIO
C.C 7.562.674
REPRESENTANTE LEGAL

MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA
C.C. No. 89.003.422
T.P. No. 117256-T
REVISOR FISCAL

***ANEXO**: Fotocopia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios expedido ante la Junta Central de Contadores, no inferior a 90 días para la vigencia del contrato. El certificado de antecedentes disciplinarios se solicita una sola vez al inicio del contrato*

252

15

GTH-037

EL SUSCRITO DIRECTOR GENERAL Y LA CONTADORA PUBLICA DE LA FUNDACION FAMILIAR FARO

CERTIFICAN QUE:

En el marco del contrato 198 de 2025, en la modalidad: SERVICIOS PARA LA ATENCION DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLECENTES CON PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, sede(s) Sede San Rafael, El talento humano que labora y/o prestó sus servicios hasta el 30 de julio de 2025 cumple con el perfil requerido para tal fin y con el tiempo de dedicación establecido por el ICBF en el lineamiento y las tablas de Talento Humano para la modalidad.

Como consta en el documento anexo Parrilla de Talento Humano.

Para constancia se firma en Calarcá Quindío el 30 de julio de 2025.

LUIS EDIER USMA OSORIO
Director General – Representante Legal

CLAUDIA MARCELA OROZCO GOMEZ
Contadora

253

16

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

CCE141AAC6484931

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 89003422 de ARMENIA (QUINDIO) Y Tarjeta Profesional No 117256-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 18 días del mes de Junio de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL (E)

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

254

17

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9D63B4ECBAAECF4B

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 89003422 de ARMENIA (QUINDIO) Y Tarjeta Profesional No 117256-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 9 días del mes de Febrero de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

117256-T



MANUEL ALFREDO
OSPINA BALDERRAMA
C.C. 89003422
RES. INSCRIPCION 78 DEL 30/03/2006
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

319481 125892

Identificación Pública S.A. 210331/0721

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

19 256

Calarcá, JULIO 31 de 2025

Señores:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Quindío

EL REPRESENTANTE LEGAL Y EL REVISOR FISCAL

CERTIFICAN:

Que la **FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO** con NIT. 800.034.694-1, en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.16 del Decreto 1860 de 2021, garantizamos la vinculación de personal desplazada por la violencia, personas en proceso de la reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional en un porcentaje del 5 % requerido en la ejecución del contrato 198-2025 Internado Restablecimiento con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Para constancia se firma en Calarcá a los treinta días del mes de JULIO 2025

LUIS EDIER USMA OSORIO
C.C 7.562.674
REPRESENTANTE LEGAL

MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA
C.C. No. 89.003.422
T.P. No. 117256-T
REVISOR FISCAL

257

20

Calarcá, JULIO 31 de 2025

Señores:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Quindío

EL REVISOR FISCAL

CERTIFICA:

Que la **FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO** con NIT. 800.034.694-1, Suministra todos los elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores al personal contratado.

Atentamente,

MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA
C.C. No. 89.003.422
T.P. No. 117256-T
REVISOR FISCAL

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800034694	1	FUNDACION FAMILIAR PRO REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CALARCA SEDE ADMINISTRATIVA	CALLE 40 23-54 PISO 2	CALARCA-QUINDIO	7431069	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1679197910	9489977420	E	2025/08/26	2025/08/05	BANCOLOMBIA	0	$8,203,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CALARCA SEDE ADMINISTRATIVA (14 Afiliados)																							$18,019,362	$2,883,500			$22,582,974	$2,823,700			$22,735,326	$910,000			$22,582,974		$448,300		$22,735,326	$1,138,200		$8,203,700
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (2 Afiliados)																					.		$1,367,500	$218,800			$2,791,000	$349,000			$2,929,617	$117,300			$2,791,000		$0		$2,929,617	$146,700		$831,800
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)																							$1,367,500	$218,800			$1,367,500	$171,000			$1,458,667	$58,400			$1,367,500		$0		$1,458,667	$73,000		$521,200
1	CC	24603481	GRANADA MESA GLORIA ESPERANZA													X					25-14	15	$1,367,500	$218,800	EPS005	15	$1,367,500	$171,000	CCF43	15	$1,458,667	$58,400	14-7	15	$1,367,500	0.000%	$0	15	$1,458,667	$73,000	No	$521,200
Ciudad: CALARCA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)																							$0	$0			$1,423,500	$178,000			$1,470,950	$58,900			$1,423,500		$0		$1,470,950	$73,700		$310,600
2	CC	9779622	GIRALDO PARRA LUIS EDUARDO													X					0		$0	$0	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF43	30	$1,470,950	$58,900	14-7	30	$1,423,500	0.000%	$0	30	$1,470,950	$73,700	No	$310,600
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (1 Afiliados)																							$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$72,000			$1,800,000		$9,400		$1,800,000	$90,000		$684,400
Ciudad: CALARCA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)																							$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$72,000			$1,800,000		$9,400		$1,800,000	$90,000		$684,400
3	CC	1010100840	RAMIREZ MUÑOZ MARIANA	X																	23030 1	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$225,000	CCF43	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	0.522%	$9,400	30	$1,800,000	$90,000	No	$684,400
Centro de Trabajo: RIESGO 3 (12 Afiliados)																							$14,851,862	$2,376,700			$17,991,974	$2,249,700			$18,005,709	$720,700			$17,991,974		$438,900		$18,005,709	$901,500		$6,687,500
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (8 Afiliados)																							$8,433,170	$1,349,500			$11,573,282	$1,447,100			$11,587,017	$463,800			$11,573,282		$282,400		$11,587,017	$580,100		$4,122,900
4	CC	1098307426	AGUDELO TAPIAS LAURA PATRICIA	X	X							X									23020 1	9	$427,050	$68,400	EPS005	9	$427,050	$53,400	CCF43	9	$444,844	$17,800	14-7	9	$427,050	2.436%	$10,500	9	$444,844	$22,300	No	$172,400
5	CC	29331756	CARDENAS CASTRO AMINTA	X								X										0	$0	$0	EPS010	30	$1,716,612	$214,600	CCF43	30	$1,716,612	$68,700	14-7	30	$1,716,612	2.436%	$41,900	30	$1,716,612	$85,900	No	$411,100
6	CC	1006849806	CIFUENTES POTOSI BRINNY MARCELA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF43	30	$1,423,500	$57,000	14-7	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
7	CC	41922721	GAMES CARDONA GLORIA INES	X	X							X									23030 1	30	$2,090,604	$334,500	EPS041	30	$2,090,604	$261,400	CCF43	30	$2,177,712	$87,200	14-7	30	$2,090,604	2.436%	$51,000	30	$2,177,712	$109,000	No	$843,100
8	CC	1094977840	GOMEZ OROZCO NICOLAS	X																	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000	CCF43	30	$1,423,500	$57,000	14-7	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
9	CC	18392445	GONZALEZ MONTOYA PERLEYNER									X									23030 1	30	$1,609,849	$257,600	EPS037	30	$1,609,849	$201,300	CCF43	30	$1,609,849	$64,400	14-7	30	$1,609,849	2.436%	$39,300	30	$1,609,849	$80,500	No	$643,100
10	CC	24603481	GRANADA MESA GLORIA ESPERANZA									X									25-14	15	$1,458,667	$233,400	EPS005	15	$1,458,667	$182,400	CCF43	15	$1,367,500	$54,700	14-7	15	$1,458,667	2.436%	$35,600	15	$1,367,500	$68,500	No	$574,600
11	CC	41899583	LADINO LADINO LUZ DILIA	X																		0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF43	30	$1,423,500	$57,000	14-7	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$341,000
Ciudad: CALARCA Depto: QUINDIO (4 Afiliados)																							$6,418,692	$1,027,200			$6,418,692	$802,600			$6,418,692	$256,900			$6,418,692		$156,500		$6,418,692	$321,400		$2,564,600
12	CC	33816382	ARENAS OCAMPO SANDRA LORENA									X									23020 1	30	$1,984,489	$317,600	EPS037	30	$1,984,489	$248,100	CCF43	30	$1,984,489	$79,400	14-7	30	$1,984,489	2.436%	$48,400	30	$1,984,489	$99,300	No	$792,800
13	CC	24605543	CALDERON CALDERON BLANCA LILIANA	X								X									23020 1	30	$1,587,203	$254,000	EPS005	30	$1,587,203	$198,500	CCF43	30	$1,587,203	$63,500	14-7	30	$1,587,203	2.436%	$38,700	30	$1,587,203	$79,500	No	$634,200
14	CC	24582975	SAENZ NARANJO CLAUDIA LILIANA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF43	30	$1,423,500	$57,000	14-7	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
15	CC	24580411	SAENZ NARANJO ROSA ELENA																		23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF43	30	$1,423,500	$57,000	14-7	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$1,423,500	$71,300	No	$568,800
Total			**Afiliados(14)**																				$18,019,362	$2,883,500			$22,582,974	$2,823,700			$22,735,326	$910,000			$22,582,974		$448,300		$22,735,326	$1,138,200		$8,203,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800034694	1	FUNDACION FAMILIAR PRO REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CALARCA SEDE ADMINISTRATIVA	CALLE 40 23-54 PISO 2	CALARCA-QUINDIO	7431069	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1679197910	9489977420	E	2025/08/26	2025/08/05	BANCOLOMBIA	0	$8,203,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				11	$2,883,500	$0	$0	$2,883,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,135,600	$0	$0	$1,135,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$880,100	$0	$0	$880,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$867,800	$0	$0	$867,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$448,300	$0	$0	$448,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	14	$448,300	$0	$0	$448,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$910,000	$0	$0	$910,000
COMFENALCO QUINDIO	CCF43	890,000,381	0	14	$910,000	$0	$0	$910,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				14	$2,823,700	$0	$0	$2,823,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	860,088,702	2	3	$617,600	$0	$0	$617,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$983,400	$0	$0	$983,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$261,400	$0	$0	$261,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$783,300	$0	$0	$783,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$683,000	$0	$0	$683,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	14	$683,000	$0	$0	$683,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$455,200	$0	$0	$455,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	14	$455,200	$0	$0	$455,200
TOTAL				14	$8,203,700	$0	$0	$8,203,700

2025/08/05 08:45 AM

259

DRA:
JHOVANA ZAPATA
Supervisora del Contrato
Centro Zonal Armenia Norte
ICBF QUINDIO

Cordial Saludo,

De manera muy respetuosa le envio la relacion de usuarios atendidos por nuestra institucion

Contratista: **FUNDACION "FARO"**

Modalidad: **Internado - Restablecimiento de Derechos**

No Contrato: **63-001982025**
Cupos Contratados: **Cuarenta y nueve [49]** Periodo: **1 AL 31 DE JULIO DE 2025**

No	NUIP	USUARIO	Edad	SEXO		CARACTERIZACION	Fecha de Ingreso	Hora ingreso	Fecha de Egreso	Hora de egreso	No de dias atendidos	Defensor
1	1090275249	MILDREY DAYANA QUICENO ORTEGA	15		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	8/08/2023				30	GEOVANY PATIÑO
2	1032250502	RICHARD ESTIVEN POLANCO	18	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	17/11/2023				30	EDISON ALEXANDER TORRES
3	1005133827	WILSON STEVEN MONTOYA MORALES	22	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	26/12/2023				30	LAUREN KATERINE RAMOS TORRES
4	1123808555	GABRIELA RINCON ACEVEDO	14		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	12/06/2024				30	GLORIA LUCILA FIGUERDA - COMISARIA CIRCASIA
5	1094907521	DIEGO FERNANDO VELASQUEZ ESTRADA	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	12/07/2024				30	LAUREN KATERINE RAMOS TORRES
6	1004799189	LAURA CAMILA PINEDA GOMEZ	22		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	6/08/2024				30	JENNY ROJAS MENDEZ
7	1094939706	TIFFANY MUÑOZ OSPINA	13		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	20/02/2025		[illegible]		5,5	LAUREN KATHERINE RAMOS
8	1096199364	YERSON ENRIQUE ARAGON ARENAS		M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	4/03/2025				30	ROCIO TOVAR GIRALDO
9	1092855458	KAROL ANDREA MEJIA GAVIRIA	13		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	8/04/2025				30	LESMIDIA RUEDA
10	1148951862	JHONATAN CHAMORRO ORTIZ	12	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	10/04/2025		[illegible]		7,5	ROCIO TOBAR GIRALDO
11	1091663609	YURDEN ANDRES BONET DURAN	15	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	10/04/2025				30	ROCIO TOBAR GIRALDO
12	1093912588	DARIO EDUARDOCARDENAS ESQUIVEL	15	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	11/04/2025				30	ROCIO TOBAR GIRALDO
13	1037125096	MIGUEL ANGEL CARVAJAL ARIAS	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	28/04/2025		[illegible]		10,5	EDISON ALEXANDER TORRES
14	1168963928	NICOL DAHIANA MELO GALEANO	16		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	08/05/82025				30	JENNY ROJAS MENDEZ
15	1091663822	URIEL YAIR GUERRERO AVENDAÑO	17	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	8/05/2025				30	ROCIO TOVAR GIRALDO
16	1084867230	DREINER CUETUMBO GUMIACUE	16	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	16/05/2025				30	ROCIO TOVAR GIRALDO
17	1094913471	SOFIA RODRIGUEZ	15		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	18/05/2025		20/07/2025		19,5	COMISARIA CIRCASIA
18	1094534227	NELSON VILLAQMIZAR GONZALEZ	17	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	20/05/2025		6/07/2025		7,5	MARIA ALEJANDRA ACOSTA
19		YOIXTIN ALEXANDER CARDONA MARTINEZ				PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	21/05/2025				30	LESMIDIA RUEDA
20	1110044188	NICOLAS STIVEN MONCADA ATEHOIRTUA	18	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	21/05/2025				30	COMISARIA CIRCASIA
21	1098050117	PAULA VALENTINA QUINTERO	11		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	29/05/2025				30	COMISARIA PIJAO
22	1093756541	AUDIN IVAN CAÑAS VILLAMIZAR	16	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	29/05/2025		23/07/2025		22,5	ROCIO TOVAR GIRALDO
23	IE36432481	FRANSHUA ENRIQUE SAEZ TOLEDO	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	30/05/2025				30	LUZ EUGENIA TABARES
24	1096842329	CRISTIAN DAVID OCORO GARCIA	16	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	30/05/2025				30	ROCIO TOVAR GIRALDO
25	1091886435	ANGIE MARCELA GONZALES	17		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	3/06/2025				30	LESMIDIA RUEDA
26	1137149123	KENSY DANIELA VERJAN RIOS	15		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	5/06/2025				30	ANA MARIA GONZALEZ
27	1118530035	MARLON DUVAN TRIVIÑO TRUJILLO	23	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	9/06/2025				30	ANA MARIA GONZALEZ
28	1089543335	JHON CARLOS MONTAÑO ANGULO	15	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	10/06/2025				30	ANA MARIA GONZALEZ
29	1097729672	LAURA SOFIA BUITRAGO BUITRAGO	10		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	20/06/2025				30	COMISARIA MONTENEGRO
29	1040365553	JHON ALEXANDER PADILLA RUIZ	16	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	24/06/2025		6/07/2025		5,5	LESMIDIA RUEDA
30	1061751446	OSCAR FELIPE CHAMORRO RAMOS	12	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	29/06/2025		23/07/2025		22,5	LAUREN KATERINE RAMOS TORRES
31	1029650614	ANDRES SANTIAGO OROZCO MELO	15	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	2/07/2025				29,5	LAUREN KATHERINE RAMOS
32	1028947973	DANNA VALENTINA PIRAZAN QUINTERO	13		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	4/07/2025				27,5	COMISARIA 1ra DE FAMILIA
33	1094933225	BRAYNNY XIMENA MONSALVE ALVAREZ	13	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	4/07/2025		15/07/2025		11	JENNY ROJAS MENDEZ
34	1030100925	ANGUIE CAROLINA BETANCURT MOTATO	13		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	8/07/2025				23,5	JENNY ROJAS MENDEZ
35	1128906659	BRAYAN ESTIBEN TAPASCO CARMONA	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	11/07/2025				20,5	LESMIDIA RUEDA
36	1143367483	JHONATAN ANDRES RUBIO OVIEDO	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	12/07/2025				19,5	RODRIGO FACIOLINCE
37	35952211	DAVID HERNANDEZ PADILLA	13	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	15/07/2025		22/07/2025		7	JENNY ROJAS MENDEZ
38	1094915981	ANDRES FELIPE RAMIREZ BERGAÑO	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	15/07/2025				16,5	EDISON ALEXANDER TORRES
39	1097729565	JEREMYN STIVEN OSPINA AGUIRRE	10	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	15/07/2025				16,5	GEOVANY PATIÑO
40	1006088957	Camilo Alejandro Hernández Chito	15	m		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	22/07/2025				9,5	ANA MARIA GONZALEZ
41	1024509914	DIANA IBARRA CONTRERAS	15		F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	24/07/2025				7,5	LESMIDIA RUEDA
42		DALVIS YOENDER GONZALEZ CASTILLO	14	M		PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	31/07/2025				0,5	BLANCA DORIS ALZATE
43	1139875310	GANA VICTORIA MORALES DUQUE			F	PROTECCIÓN, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	31/07/2025				0,5	COMISARIA DE LA TEBAIDA
				30						0	980,50	

CUPOS PARCIALMENTE UTILIZADOS DURANTE EL PERIODO

Dias Atendidos:	980,50	Equiv. en Cupos	16,32

No. De Adolescentes		Total Dias
	0,0	0,0
23	30,0	690,0
1	29,5	29,5
1	27,5	27,5
1	23,5	23,5
2	22,5	45,0
1	20,5	20,5
2	19,5	39,0
2	16,5	33,0
1	11,0	11,0
1	10,5	10,5
1	9,5	9,5
3	7,5	22,5
1	7,0	7,0
2	5,5	11,0
2	0,5	1,0
		0,0
		0,0
TOTAL		980,5

CUPOS NO UTILIZADOS DURANTE EL PERIODO

DIAS NO ATENDIDOS	469,5
EQUIVALENTE EN CUPOS	16,32

CUENTA DE COBRO

CUPOS CONTRATADO		49
VALOR CUPO MES		$ 2.257.116,00
COSTO FIJO CUPO NO UTILIZADO 63,2%		$ 1.426.497,31
COSTO FIJO CUPO NO UTILIZADO DOS MESES CONSECUTIVOS (70%)		$ 0,00

VALOR CUPOS UTILIZADOS TOTALMENTE	23,00	51.913.668,00
VALOR CUPOS UTILIZADOS PARCIALMENTE	9,68	21.856.406,60
VALOR CUPOS NO UTILIZADOS 100%	16,32	23.275.681,14
VALOR CUPOS NO UTILIZADOS 70%	0,00	0
TOTAL A PAGAR	**49,00**	**97.045.756**

LUIS EDIER USMA OSORIO
DIRECTOR GENERAL Y REPRESENTANTE LEGAL

260

33

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIESGOS PROFESIONALES Y PARAFISCALES

Calarcá, JULIO 31 de 2025
SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL QUINDIO
CONTRATO 63-00-198-2025

El suscrito representante legal **LUIS EDIER USMA OSORIO** identificado con cedula de ciudadanía No 7.562.674 de la ciudad de Armenia, y **MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 89.003.422 de la ciudad de Armenia, en calidad de Revisor Fiscal de la **FUNDACIÓN FAMILIAR PROREHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO**, identificada con NIT No**. 800.034.694-1** manifestamos, que esta entidad ha cumplido, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud y pensiones dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Atentamente,

LUIS EDIER USMA OSORIO
C.C 7.562.674
REPRESENTANTE LEGAL

MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA
C.C. No. 89.003.422
T.P. No. 117256-T
REVISOR FISCAL

ANEXO: *Fotocopia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios expedido ante la Junta Central de Contadores, no inferior a 90 días para la vigencia del contrato. El certificado de antecedentes disciplinarios se solicita una sola vez al inicio del contrato*

261
3A

Calarcá, JULIO 31 de 2025

Señores:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Quindío

EL REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que la **FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO** con NIT. 800.034.694-1, Cuenta con los medios tecnológicos y de comunicación exigidos por el ICBF.

Atentamente,

LUIS EDIER USMA OSORIO
C.C. 7.562.674 de Armenia
Representante Legal

262
35

Faro

Calarcá, JULIO 31 de 2025

Señores:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Quindío

EL REVISOR FISCAL
CERTIFICA:
Que la **FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO** con NIT. 800.034.694-1, se confirma que la información financiera que adjunta, es la misma que se encuentra en los soportes y registros contables de la Entidad.

Atentamente,

MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA
C.C. No. 89.003.422

T.P. No. 117256-T

REVISOR FISCAL

263
36

Faro

Calarcá, JULIO 31 de 2025

Señores:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Quindío

EL REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que la **FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO** con NIT. 800.034.694-1, Cumple con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad/servicio.

Atentamente,

LUIS EDIER USMA OSORIO
C.C. 7.562.674 de Armenia
Representante Legal

264
37

Calarcá, JULIO 31 de 2025

Señores:
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Regional Quindío

EL REPRESENTANTE LEGAL Y EL REVISOR FISCAL

CERTIFICAN

Que la **FUNDACION FAMILIAR PROREHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO**, identificada con Nit No. 800.034.694-1 manifiestamos que esta entidad cuenta con los soportes contables: Comprobantes de egreso, facturas de venta, notas contables y demás documentos legales que hacen parte de la contabilidad en la sede Administrativa Santa Ana, donde reposa toda la información y archivo contable ubicada en la calle 40 #23-54 del Municipio de Calarcá – Quindío. La presente se realiza según el contrato 198 suscrito con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Quindio.

Se certifica a los treinta (30) días del mes de JULIO 2025

Atentamente,

LUIS EDIER USMA OSORIO
C.C 7.562.674
REPRESENTANTE LEGAL

MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA
C.C. No. 89.003.422
T.P. No. 117256-T
REVISOR FISCAL

265

38

Calarcá, JULIO 31 de 2025

Señores:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Quindío

EL REPRESENTANTE LEGAL Y EL REVISOR FISCAL

CERTIFICAN

Que la **FUNDACIÓN FAMILIAR PRO-REHABILITACIÓN DE FARMACODEPENDIENTES FARO** con NIT. 800.034.694-1, realiza el registro de la información contable de acuerdo al plan único de cuentas por centros de costos por modalidades de atención y contrato, del Sistema Contable "CONTAPYME", en cumplimiento de las NIIF para Pymes, aplicadas al contrato 198 firmado y vigente con el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.**

Atentamente,

LUIS EDIER USMA OSORIO
C.C 7.562.674
REPRESENTANTE LEGAL

MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA
C.C. No. 89.003.422
T.P. No. 117256-T
REVISOR FISCAL

266

39

Calarcá, JULIO 31 de 2025

Señores:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL QUINDIO
CONTRATO 6300198-2025

EL REVISOR FISCAL CERTIFICA:

Yo, **MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 89.003.422 de la ciudad de Armenia, en calidad de Revisor Fiscal de la **FUNDACION FAMILIAR PROREHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO** identificada con NIT No. 800.034.694-1 certifico que durante los meses de ejecución del contrato 63001982025, modalidad INTERNADO RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS no se han comprado bienes muebles con recursos del ICBF.

Atentamente,

MANUEL ALFREDO OSPINA BALDERRAMA
REVISOR FISCAL
T.P. No. 117256-T

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°155		
Hora: 8:00 a.m.	**Fecha:** 01 de julio de 2025	
Lugar:	Regional Quindío	
Dependencia que Convoca:	Grupo de Asistencia Técnica	
Proceso:	Protección	
Objetivo:	ACTA DE INICIO DEL CONTRATO 63001992025	

CONTRATANTE: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. REGIONAL QUINDIO**
NIT: 899.999.239-2

CONTRATISTA: **CENTRO LAURA VICUÑA – CLV**
NIT: 801002610-8
SOR FLORALBA BELTRAN RICAURTE
Representante Legal

OBJETO: BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD EXTERNADO MEDIA JORNADA/ ATRAPASUEÑOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

VALOR TOTAL: DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS ($265.817.400).

DURACIÓN: FECHA DE INICIO: 1 DE JULIO DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN: 31 DE OCTUBRE DE 2025

En la ciudad de Armenia, el día primero (1°) de julio de dos mil veinticinco (2025), se reunieron **JHOVANA ZAPATA HENAO** quien actúa en calidad de **SUPERVISORA** del contrato arriba señalado, y **SOR FLORALBA BELTRAN RICAURTE**, quien ostenta la calidad de representante legal, del **CENTRO LAURA VICUÑA – CLV**, con el fin de dar inicio a la supervisión del contrato.

LAS PARTES ACUERDAN

1. Fijar como fecha de inicio de la supervisión del presente contrato a cargo de **CENTRO LAURA VICUÑA – CLV**, el día primero (1°) de julio de dos mil veinticinco (2025).
2. Fijar como fecha de terminación de la supervisión del contrato, el día treinta y uno (31) de octubre de dos mil veinticinco (2025), sin perjuicio de las adiciones o prorrogas que se hagan al presente contrato.

Esta acta será incorporada, a la carpeta del contrato que reposa en la oficina jurídica del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Quindío, en calidad de anexo, debidamente aprobada para fines de control de cumplimiento del objeto contractual.

Para constancia se firma la presente acta, el día primero (1°) de julio de dos mil veinticinco (2025).

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

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
SOR FLORALBA BELTRAN RICAURTE	Representante legal	CENTRO LAURA VICUÑA – CLV	
JHOVANA ZAPATA HENAO	Supervisora del contrato	ICBF	Jhovana Zapata H.
Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
Colaborador que elabora el acta:			

PUBLICO

Que el ICBF es un establecimiento público descentralizado del orden nacional con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio actualmente adscrito al Ministerio de la Igualdad y Equidad, que tiene como objeto liderar la protección integral de los derechos de la niñez, la adolescencia y las familias, a través de la articulación e implementación de las políticas públicas, el fortalecimiento de la oferta del servicio público de bienestar familiar para la promoción de su pleno desarrollo, la consolidación de proyectos de vida y el fortalecimiento de las capacidades de las familias, comunidades y territorios, promoviendo la equidad como expresión de justicia social y fundamento de la paz.

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

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

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

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

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

Que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, como responsable del tratamiento de datos personales obtenidos en desarrollo de su objeto y funciones legales, y en ejercicio de los deberes contenidos en la Ley 1581 de 2012 y el capítulo 25 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, establece la Política de Tratamiento de Datos Personales, para garantizar la protección de los derechos fundamentales en su tratamiento.

Dada la relevancia de alguna información para establecer focalizaciones, como puede ser la relacionada con nivel educativo, nivel socioeconómico, pertenencia a grupos étnicos o indígenas, estado nutricional, entre otros que pueden ser considerados datos sensibles, el ICBF garantizará que el tratamiento de esta información se realice buscando

establecer mecanismos que mejoren sus procesos de atención y en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y el capítulo 25 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015.

En ese sentido, la Política de Tratamiento de Datos Personales, dispuso lineamientos y directrices para que, a través de los procedimientos para el suministro e intercambio de información entre otros, se administren, gestionen y suministren los datos personales en garantía de los principios contemplados en el artículo 4 de la Ley 1581 de 2012.

Igualmente, de conformidad a Resolución Interna, el ICBF adoptó la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación, además estableció las políticas generales de manejo y los lineamientos frente al uso y manejo de la información y dispuso que es deber de la entidad reducir el riego de robo, fraude, mal uso de las instalaciones y medios, asegurando las confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información.

Que dicha Resolución dispone la necesidad de suscribir el presente compromiso de confidencialidad y no divulgación, en lo que respecta al tratamiento de la información de la entidad y la autorización de tratamiento de datos personales. Que se considera información confidencial: a) Aquella que, como conjunto, por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida. b) La que esté protegida de acuerdo con su clasificación. c) Aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial, y d) Información que de acuerdo con la naturaleza del Instituto se debe mantener en absoluta reserva y aquella que la normativa colombiana catalogue como información reservada y/o confidencial o que no sea considerada información pública del Estado.

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

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

EN CONSECUENCIA:

Yo, FLOR ALBA BELTRAN ELCARTE identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 39.612.991 expedida en Fusagasugá, (hasta acá si es persona natural) representante legal de (RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA) con NIT (XXXXXXXXX) (si es persona jurídica), en adelante denominada **PARTE RECEPTORA**, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a su disposición por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**, quien será en adelante denominada la **PARTE REVELADORA**, para el desarrollo y ejecución del acuerdo de voluntades que se celebrará entre las partes, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con:

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

SEGUNDO. PROTECCION DE DATOS PERSONALES: LA PARTE RECEPTORA dará aplicación a la Política de Tratamiento de Datos Personales, así como a los procedimientos y formatos del **ICBF**, los cuales se encuentran publicados en la página web.

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

Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer, circular,compilar,sustraer,ofrecer,vender,intercambiar,captar,interceptar,modificar,recolectar,almacenar,replicar,comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, inclusive después de finalizada su vinculación contractual o culminado el tratamiento de información realizado en ejercicio de las labores encomendadas, de conformidad con el ***Principio de Confidencialidad*** contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012

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

QUINTO. OBLIGACIONES: 1.) La Información Confidencial no puede ser utilizada por la parte receptora para fines diferentes al cumplimiento del objeto del acuerdo de voluntades a suscribirse. **2.) LA PARTE RECEPTORA** se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar,

interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por **LA PARTE REVELADORA.** **3.)** Hacer cumplir en nombre propio sobre sus trabajadores, contratistas, subcontratistas y demás colaboradores, la obligación de no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer, circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, replicar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la PARTE REVELADORA en ejecución del acuerdo de voluntades a celebrarse **4.)** Instruir al personal que estará encargado de recibir la información confidencial, debiendo suscribir un compromiso de confidencialidad elaborado por LA PARTE RECEPTORA, necesario, de su obligación de recibir, tratar y usar la información confidencial destinada únicamente al cumplimiento de sus funciones, bajo los mismos términos establecidos en el presente compromiso. **5.)** Igualmente, **LA PARTE RECEPTORA** como las personas a su cargo, se comprometen a no utilizar de ninguna forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de **LA INFORMACIÓN** suministrada por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** conforme a las disposiciones de Protección de Datos Personales establecidas en la ley y el Principio de Confidencialidad contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012..

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

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

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

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

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

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

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.

DECIMO– SANCIONES: La violación o inobservancia a cualquiera de las cláusulas de confidencialidad de este compromiso, o el uso indebido de la información, facultará a los supervisores para compulsar y dar traslado a las autoridades competentes con el fin de que sean adelantadas las actuaciones administrativas, civiles, disciplinarias y penales a las que haya lugar.

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

En consecuencia, de lo anterior el presente compromiso se firma al primer (01) dias del mes de julio de 2025

(FIRMA DE LA PERSONA QUE LO SUSCRIBE)
SOR FLORALBA BELTRAN RICAURTE
REPRESENTANTE LEGAL
CENTRO LAURA VICUÑA

Que el ICBF es un establecimiento público descentralizado del orden nacional con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio actualmente adscrito al Ministerio de la Igualdad y Equidad, que tiene como objeto liderar la protección integral de los derechos de la niñez, la adolescencia y las familias, a través de la articulación e implementación de las políticas públicas, el fortalecimiento de la oferta del servicio público de bienestar familiar para la promoción de su pleno desarrollo, la consolidación de proyectos de vida y el fortalecimiento de las capacidades de las familias, comunidades y territorios, promoviendo la equidad como expresión de justicia social y fundamento de la paz.

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

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

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

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

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

Que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, como responsable del tratamiento de datos personales obtenidos en desarrollo de su objeto y funciones legales, y en ejercicio de los deberes contenidos en la Ley 1581 de 2012 y el capítulo 25 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, establece la Política de Tratamiento de Datos Personales, para garantizar la protección de los derechos fundamentales en su tratamiento.

Dada la relevancia de alguna información para establecer focalizaciones, como puede ser la relacionada con nivel educativo, nivel socioeconómico, pertenencia a grupos étnicos o indígenas, estado nutricional, entre otros que pueden ser considerados datos sensibles, el ICBF garantizará que el tratamiento de esta información se realice buscando

establecer mecanismos que mejoren sus procesos de atención y en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y el capítulo 25 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015.

En ese sentido, la Política de Tratamiento de Datos Personales, dispuso lineamientos y directrices para que, a través de los procedimientos para el suministro e intercambio de información entre otros, se administren, gestionen y suministren los datos personales en garantía de los principios contemplados en el artículo 4 de la Ley 1581 de 2012.

Igualmente, de conformidad a Resolución Interna, el ICBF adoptó la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación, además estableció las políticas generales de manejo y los lineamientos frente al uso y manejo de la información y dispuso que es deber de la entidad reducir el riego de robo, fraude, mal uso de las instalaciones y medios, asegurando las confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información.

Que dicha Resolución dispone la necesidad de suscribir el presente compromiso de confidencialidad y no divulgación, en lo que respecta al tratamiento de la información de la entidad y la autorización de tratamiento de datos personales. Que se considera información confidencial: a) Aquella que, como conjunto, por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida. b) La que esté protegida de acuerdo con su clasificación. c) Aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial, y d) Información que de acuerdo con la naturaleza del Instituto se debe mantener en absoluta reserva y aquella que la normativa colombiana catalogue como información reservada y/o confidencial o que no sea considerada información pública del Estado.

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

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

EN CONSECUENCIA:

Yo, _____LUIS EDIER USMA OSORIO_____ identificado(a) con cédula de ciudadanía No.7.562.674____ expedida en _ARMENIA_____, (hasta acá si es persona natural) representante legal de **FUNDACION FARO** con NIT 800034694 (si es persona jurídica), en adelante denominada **PARTE RECEPTORA**, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** en relación con la información clasificada o

reservada que sea puesta a su disposición por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**, quien será en adelante denominada la **PARTE REVELADORA**, para el desarrollo y ejecución del acuerdo de voluntades que se celebrará entre las partes, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con:

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

SEGUNDO. PROTECCION DE DATOS PERSONALES: LA PARTE RECEPTORA dará aplicación a la Política de Tratamiento de Datos Personales, así como a los procedimientos y formatos del **ICBF**, los cuales se encuentran publicados en la página web.

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

Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer, circular,compilar,sustraer,ofrecer,vender,intercambiar,captar,interceptar,modificar,recolectar,almacenar,replicar,comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, inclusive después de finalizada su vinculación contractual o culminado el tratamiento de información realizado en ejercicio de las labores encomendadas, de conformidad con el ***Principio de Confidencialidad*** contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012

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

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

comprometen a no utilizar de ninguna forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de **LA INFORMACIÓN** suministrada por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** conforme a las disposiciones de Protección de Datos Personales establecidas en la ley y el Principio de Confidencialidad contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012..

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

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

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

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

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

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

DECIMO– SANCIONES: La violación o inobservancia a cualquiera de las cláusulas de confidencialidad de este compromiso, o el uso indebido de la información, facultará a los supervisores para compulsar y dar traslado a las autoridades competentes con el fin de que sean adelantadas las actuaciones administrativas, civiles, disciplinarias y penales a las que haya lugar.

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

En consecuencia, de lo anterior el presente compromiso se firma a primero (01) días del mes de Julio de 2025

LUIS EDIER USMA OSORIO
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION FARO

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

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

Faro

BIENESTAR FAMILIAR

No. 20255400100062722
Cógigo web: HMga36lWYSKZiyC4XlfGgq9XFKk=
Radicador: FLOR MARIA RODRIGUEZ SARMIENTO Fecha: 2025-07-03 08:32 Folios: 6
Remitente: FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO - SAN RAFAEL
Clasificada Destino: Grupo de Asistencia Tecnica (Quindio)
Asunto: ACTA DE INICIO Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Calarcá, Julio 2 del 2025

Doctora
JHOVANA ZAPATA HENAO
Supervisora de contrato de aportes
ICBF REGIONAL QUINDIO
CIUDAD

Asunto: Acta de Inicio y Compromiso de confidencialidad,

Apreciada Dra. Jovana, saludo cordial.

De acuerdo al asunto en referencia, comedidamente me permito hacer entrega del formato del compromiso de confidencialidad y acta de inicio del contrato 63001982025 para su respectivo tramite.

Comedidamente,

LUIS EDEIR USMA OSORIO
Representante Legal
FUNDACION FARO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°154		
Hora: 8:00 a.m.		**Fecha:** 01 de julio de 2025
Lugar:	Regional Quindío	
Dependencia que Convoca:	Grupo de Asistencia Técnica	
Proceso:	Protección	
Objetivo:	ACTA DE INICIO DEL CONTRATO 63001982025	

CONTRATANTE: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. REGIONAL QUINDIO**
NIT: 899.999.239-2

CONTRATISTA: **CONTRATISTA: FUNDACIÓN FAMILIAR PRO REHABILITACIÓN DE FARMACODEPENDIENTES FARO**
NIT: 800034694-1
LUIS EDIER USMAS OSORIO
Representante Legal

OBJETO: BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERNADO / CASA DE ACOGIMIENTO PARD, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF

VALOR TOTAL: CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS ($448.394.735).

DURACIÓN: FECHA DE INICIO: 1 DE JULIO DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN: 31 DE OCTUBRE DE 2025

En la ciudad de Armenia, el dia primero (1°) de julio de dos mil veinticinco (2025), se reunieron **JHOVANA ZAPATA HENAO** quien actúa en calidad de **SUPERVISORA** del contrato arriba señalado, y **LUIS EDIER USMA OSORIO**, quien ostenta la calidad de representante legal, de la **FUNDACION FAMILIAR PRO REHABILITACIÓN FARMACODEPENDIENTES FARO**, con el fin de dar inicio a la supervisión del contrato.

LAS PARTES ACUERDAN

1. Fijar como fecha de inicio de la supervisión del presente contrato a cargo de **FUNDACION FAMILIAR PRO REHABILITACIÓN FARMACODEPENDIENTES FARO**, el día primero (1°) de julio de dos mil veinticinco (2025).
2. Fijar como fecha de terminación de la supervisión del contrato, el día treinta y uno (31) de octubre de dos mil veinticinco (2025), sin perjuicio de las adiciones o prorrogas que se hagan al presente contrato.

Esta acta será incorporada, a la carpeta del contrato que reposa en la oficina juridica del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Quindio, en calidad de anexo, debidamente aprobada para fines de control de cumplimiento del objeto contractual.

Para constancia se firma la presente acta, el día primero (1°) de julio de dos mil veinticinco (2025).

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

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
LUIS EDIER USMA OSORIO	Representante legal	Fundación Faro	
JHOVANA ZAPATA HENAO	Supervisora del contrato	ICBF	Jhovana Zapata Henao.
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
Colaborador que elabora el acta:			

PÚBLICO

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
DIRECCION REGIONAL QUINDIO
Grupo de Asistencia Tecnica (Quindio)
PUBLICA

6300

Al contestar cite este número
202554300000040791
Radicado No:
202554300000040791

Armenia, 2025-07-17

Doctor
LUIS EDIER USMA OSORIO
FUNDACIÓN FAMILIAR PRO-REHABILITACIÓN DE FARMACODEPENDIENTES FARO
Calle 40 número 23-54
Calarcá, Q.

REQUERIMIENTO AL CONTRATO 63001982025

Respetuosamente, me dirijo a usted con el fin de notificarle el presente REQUERIMIENTO CONTRACTUAL:

La Supervisora del Contrato de Aporte N° 63001982025, en uso de las facultades otorgadas en la Resolución N° 8012 de 2017 "Por la cual se adopta el Manual de Contratación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se deroga la Resolución 3146 de 2014", así como en la Guía del Supervisor de Contratos y Convenios Suscritos por El ICBF y las demás que le designe la Ley, procede a requerir al operador **FUNDACIÓN FAMILIAR PRO REHABILITACIÓN DE FARMACODEPENDIENTES FARO,** con fundamento en los siguientes,

HECHOS

HECHO PRIMERO: El presente contrato inicio el 01 de julio de 2025, la entidad contratista acepto las obligaciones contractuales con la firma del contrato que se entiende con la publicación y aceptación en el Secop II.

HECHO SEGUNDO: El objeto del contrato es "BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERNADO / CASA DE ACOGIMIENTO PARD, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF".

Cláusulas contractuales, que se relacionan directamente con los hechos indicados:

OBLIGACIONES GENERALES:

CLAUSULA 1) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato.

CLAUSULA 2) Cumplir con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales operativos, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos vigentes aplicables a la modalidad

HECHO TERCERO: El operador reporta situación de posible Daño Anti-jurídico por hechos ocurridos con la beneficiaria L.S.B.B.

HECHO CUARTO: Indica, que la situación ocurrió con otro adolescente de 14 años, ubicado en la modalidad.

HECHO QUINTO: Igualmente, que se activó toda la ruta establecida en la Guía de orientaciones

Cláusulas que se relacionan directamente con los hechos registrados:

GENERALES:

CLAUSULA 3) Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias o redes vinculares de apoyo y dar aviso por escrito al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución, proponiendo alternativas de solución y realizar seguimiento para prevenir riesgos teniendo en cuenta la guía de orientaciones. Así mismo informar a la autoridad administrativa con conocimiento del PARD cuando así lo amerite.

CLAUSULA 6) Atender durante la ejecución del contrato, los requerimientos, instrucciones y recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.

CLAUSULA 15) Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato.

COMPONENTE TECNICO:

CLAUSULA 3) Elaborar e implementar las estrategias, acciones o metodologías, acorde con el proceso de atención establecido en los documentos técnicos vigentes del ICBF y la Propuesta de Implementación y Cualificación-PIYC aprobada en el periodo de tiempo establecido.

CLAUSULA 12) Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de las niñas, niños y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos. Las evidencias de su implementación deben reposar en el anexo de la historia de atención de cada uno según corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a la modalidad

El formador tiene un rol definido en el Manual operativo para la modalidad, el cual busca fortalecer capacidades que permitan a los NNA ejercer sus derechos en los entornos donde desarrollen su vida:

"que realiza entre otras funciones, el acompañamiento al diario vivir, seguimiento a los pactos de convivencia, solución de conflictos que se presentan en la vida cotidiana, fortalecimiento de hábitos de auto cuidado y, apoyo pedagógico, para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños, los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo".

Igualmente, el Manual operativo en aspectos a tener en cuenta frente al talento humano contratado para la modalidad indica:

- Los operadores de las modalidades de acogimiento residencial que prestan sus servicios a niñas, niños, adolescentes y mayores de 18 años que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD, con discapacidad, podrán realizar ajustes razonables a la contratación del talento humano, flexibilizando el número y el tiempo de dedicación de los perfiles señalados en la tabla 19. Talento Humano: Internado. El talento humano contratado deberá responder al modelo de atención del ICBF, que en el marco de la Rehabilitación Integral el operador determine que se requiere para la prestación del servicio, de acuerdo con las características de la población que se atiende y la Propuesta de Implementación y Cualificación, previa autorización del supervisor del contrato durante el primer mes posterior al inicio de este, cuando se cuente con contrato de aporte[60].

Esto con el fin de garantizar la atención adecuada a los beneficiarios, que se cuente con el personal suficiente, especialmente en formadores para hacer rotación y cubrir las 24 horas del día 7 días a la semana.

HECHO SEXTO: El operador debe hacer firmar y socializar el Código ético al talento humano contratado para el servicio en la modalidad, así como hacer inducciones y reinducciones al talento humano de acuerdo con un cronograma establecido para su efecto.

Cláusula contractual, que se relaciona directamente con el hecho indicado:

OBLIGACIONES DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO

CLAUSULA 1) Disponer del talento humano en perfil y tiempo de dedicación exigido para el desarrollo del servicio, acorde con los documentos técnicos del ICBF y mantener actualizadas las carpetas del talento humano vinculado para la ejecución del contrato, las cuales deben incluir: hoja de vida, soportes de estudio, tarjeta profesional (cuando aplique), Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM, Registro Único de Talento Humano en Salud RETHUS (cuando aplique) certificaciones de experiencia, ***código ético firmado***, contrato debidamente firmado, certificados de antecedentes (Contraloría, Procuraduría, Policía), registro nacional de medidas correctivas RNMC (inicial y con actualización trimestral), consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes inicial, antecedentes profesionales (cuando aplique), soportes de pago de seguridad social y documentos de compromiso de confidencialidad y de protección de datos firmados. Lo anterior, puede ser físico o magnético. Cada vez que se suscriba un nuevo contrato todos los documentos del talento humano deben ser actualizados. La contratación del talento humano que se requiera no podrá ser tercerizado.
Negrilla y subrayado fuera te texto

En cuanto a esta obligación, la Guía de orientaciones ha establecido ampliamente el desarrollo del Código ético y entre otros puntos indica:

"*En ese sentido, el Código Ético, es el conjunto de normas y condiciones que determinan las actuaciones de todas las personas comprometidas en el proceso de atención para el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes y en el goce efectivo de estos derechos, por lo cual, es importante que brinden las mejores condiciones y garantías para propiciar su pleno desarrollo, en atención al principio del interés superior*[122]. *Se aplica a todas(os) las(os) miembros del operador de la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos de manera ocasional o permanente, lo que incluye también a consultoras(es), voluntarias(os), pasantes, así como a las personas que de manera provisional realicen algún tipo de servicio en las instalaciones físicas del operador, aun cuando las mismas, tengan o no, de manera directa o indirecta, relacionamiento o algún tipo de contacto con las niñas, niños o adolescentes beneficiarias (os) del servicio de protección. En este último caso, será de responsabilidad del operador informar y hacer firmar el Código Ético, por ejemplo, a miembros de organizaciones que actúan bajo esquemas de cooperación en las actividades que se desplieguen dentro del operador; al personal de las empresas de seguridad o de construcción*

que son contratadas para arreglos locativos o de infraestructura, etc. Por consiguiente, es de obligatorio conocimiento, implementación y cumplimiento; es una directriz para la protección de los niños, las niñas y adolescentes; y debe ser firmado por todos(as) los(as) miembros del operador responsable de su atención y por los(as) responsables de los hogares sustitutos, según corresponda. La no observación de los cuidados expuestos en dicho Código conllevará sanciones acordes con la gravedad del incumplimiento, previa investigación y desarrollo del debido proceso establecido para tal fin"

Es importante que el operador tenga el control de los diferentes momentos del diario vivir de los beneficiarios y en cada espacio en que desarrollan sus actividades y en este sentido, tener presente:

4.4.1.1 Responsabilidad del talento humano

Cada persona que labore en el operador de la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos será responsable de leer y comprender este Código Ético. De igual manera, deberá informar a las(os) beneficiarias(os) de sus servicios y a las personas bajo su cuidado, que está obligado a observar el presente Código dentro y fuera de las instalaciones del operador, así como de la forma en que pueden denunciar las faltas al mismo y cuáles son las personas ante las cuales pueden dirigirse en estos casos. Asimismo, tendrán el deber de informar a quien corresponda, de las infracciones del presente Código que estén bajo su conocimiento, en atención al procedimiento establecido para tal fin.

Por lo tanto, teniendo en cuenta la Guía de Supervisión de contratos y convenios suscritos por el ICBF, con el fin de velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales, de la manera más respetuosa se solicita:

Que dentro del término de TRES (3) días hábiles, que se contarán a partir del recibido del presente requerimiento, den respuesta oportuna, efectiva y de fondo a los siguientes puntos:

PRIMERO: Explicación de los motivos por los cuales dio origen al presente requerimiento, como es:

- Presunta vulneración de derechos a beneficiaria L.S.B.B., estando ubicada en la modalidad, bajo el cuidado de los profesionales de la misma.

SEGUNDO: Informar las herramientas de monitoreo, el tipo de apoyo y las estrategias de atención especializadas que se implementaron de acuerdo al diagnóstico de la beneficiaria L.S.B.B. De acuerdo con lo establecido en la PIYC en el marco de las acciones de prevención de Situaciones de Riesgo.

TERCERO: Enviar la evidencia de todas las acciones realizadas por el operador FUNDACIÓN FAMILIAR PRO-REHABILITACIÓN DE FARMACODEPENDIENTES FARO, en el marco de lo establecido en la guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de las niñas, niños y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos, versión 7, donde se evidencie las acciones realizadas con los dos beneficiarios reportados en la situación.

CUARTO: El operador deberá enviar acta de capacitación sobre la guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de las niñas, niños y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos, versión 7, al talento humano vinculado al operador FUNDACIÓN FAMILIAR PRO-REHABILITACIÓN DE FARMACODEPENDIENTES FARO, así como, la socialización de Código ético, con el fin de garantizar el buen trato, asertividad y la importancia de reconocer los derechos de los usuarios.

QUINTO: Presentar socialización del código ético a los colaboradores de la modalidad.

DECIMO: Compromiso de no repetición firmado por el representante legal.

Por último, se resalta la necesidad de dar cumplimiento a los términos establecidos para las respuestas y que la misma sea no solo oportuna, sino que cuente con la calidad propia del operador, que tiene la experiencia e idoneidad para el manejo de la modalidad, en miras de no verse afectado el desembolso, que tal como lo indica el parágrafo que copio a continuación, no podría realizarse bajo presuntos incumplimientos de las obligaciones contractuales:

FORMA DE DESEMBOLSO: **PARÁGRAFO DECIMO SEGUNDO:** Los desembolsos se harán previo cumplimiento de las obligaciones contractuales y de conformidad con lo establecido en la Resolución N°5360 de 2023, por medio de la cual se actualizan, establecen y unifican los requisitos y documentos soporte para el pago de las obligaciones contraídas por el ICBF o aquellas la modifiquen, adicionen o sustituyan **PARÁGRAFO NOVENO:** El cumplimiento de todas las obligaciones descritas en el presente contrato será indispensable para que se efectúe el desembolso por parte del ICBF.

Cordialmente,
Jhovana Zapata Henao
JHOVANA ZAPATA HENAO
Supervisora de contratos – Protección SRD
ICBF Regional Quindío

Elaboración y proyección: Alba Marcela Narváez Osorio Abogada de apoyo a la supervisión
Revisó: Jirley Johana Ramirez Pedagoga de apoyo a la supervisión
Revisó: Claudia Arciniegas Trabajadora Social de apoyo a la supervisión
Revisó: Juliana Mejía Psicóloga de apoyo a la supervisión
Aprobó: Jhovana Zapata Henao Supervisora

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 1 de 4

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *177*		
Hora: 8:00 am		**Fecha: 29/07/2025**
Lugar:	ICBF REGIONAL QUINDIO	
Dependencia que Convoca:	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA	
Proceso:	PROTECCIÓN	
Objetivo:	Aprobación de presupuesto inicial, talento humano y componente de salud y nutrición, del contrato 63001982025, operador Fundación familiar pro rehabilitación de farmacodependientes FARO	

Agenda:

1. APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO INICIAL
2. APROBACIÓN DEL TALENTO HUMANO
3. APROBACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICIÓN

Desarrollo:

1. APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO INICIAL

Para el contrato 63001982025 que opera la modalidad Internado / Casa de Acogimiento Pard, se realiza aprobación del presupuesto inicial de acuerdo con las siguientes particularidades:

*Valor cupo $2.257.116.

*Valor utilización de ambientes sanos $9.000.000 mensualmente.

*Anexo presupuesto presentado firmado por representante legal y contador. (Presupuesto que se le hará seguimiento al gasto del recurso, de alimentación, educación, trasporte niños según dinámica académica de los jóvenes que asistirán a la jornada académica fuera de la institución).

2. APROBACIÓN DEL TALENTO HUMANO

El talento humano del operador que se aprueba para esta vigencia contractual correspondiente al 1 de julio hasta el 31 de octubre de 2025, es el siguiente:

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

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

CARGO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	PROFESION O ACTIVIDAD	PROPORCION POR No. DE ADOLESCENTES O JOVENES ATENDIDOS	Cupos contratados	Cupos s/n Tabla TH	Horas s/n Tabla TH	Conversión s/n horas mes	Horas Mes Contratado
Coordinador	GLORIA ESPERANZA GRANADA	Licenciada en Pedag	TC x 100	49	100	192	84	192
Auxiliar Administrativo	NICOLAS GOMEZ OROZCO	Economista	TC x Unidad	49	50	192	188	192
Psicólogo (a)	JUAN DAVID FRANCO ROMERO	Psicologo	TC X 50	49	50	192	188	192
Trabajador (a) Social / Profesional en Desarrollo Familiar	MARTHA ISABEL GONZALEZ ZAPATA	Trabajadora Social	TC X 50	49	50	192	188	192
Nutricionista dietista	JENIFFER GIOVANA MAZUERA URREA	Nutricionista	MT X 50	49	50	96	94	96
Profesional de área.	YESICA ALEJANDRA GARCIA	Licenciada en Pedag	TC X 50	49	50	192	188	192
Gestor de caso	ESTEFANIA ACEVEDO VELEZ	Trabajadora social	TC X 50	49	50	192	188	192
Instructor de Taller	SALOME USMA LOPEZ	Bachiller	MT X 50	49	50	96	94	16
	LUIS CARLOS TABARES HERNANDEZ	Bachiller						16
	MARIA ELENA GIL BEDOYA	Licenciada en Pedag						20
	JONATHAN SOTO OSORIO	Bachiller						48
Auxiliar de enfermeria	PAOLA ANDREA OSORIO OSPINA	Auxiliar de enfermeria	TC X 50	49	50	192	188	192
Formador diurno	GERMAN ALEJANDRO TORRES HERNANDEZ	Bachiller	1 TC X 50	49	50	192	188	152
	LUZ PIEDAD ALADINO ALADINO	Licenciada en Pedag						192
	EIMY CAMILA RIOS MARTINEZ	Trabajadora Social						192
	NARDA MARIA REY ZAPATA	Bachiller						192
Formador nocturno	JAIVER DE JESUS HOYOS LONDOÑO	Bachiller	2 TC X 50	49	50	192	376	192
	MAURICIO MANJARRES	Bachiller						192
	SEBASTIAN MUÑOZ FRANCO	Bachiller						192
Servicios generales	LUZ DELIA LADINO LADINO	Bachiller	TC X 50	49	50	192	188	192
Cocinero	GLORIA INES GAMES CARDONA	Bachiller	TC X 50	49	50	192	188	192
	AMNTA CARDENAS CASTRO	Bachiller						192

El operador presentó justificación administrativa, técnica y financiera, frente a lo adicional en el talento humano que corresponde a:

COORDINADOR	Se requiere MTx50 y se solicita TC por unidad
FORMADOR DIURNO	Se requiere 1 TCX50 y por rotación y atención se solicitan 3 TC adicionales
FORMADOR NOCTURNO	Se requiere 2 TCX50 y por rotación y atención se solicitan 1 TC adicional
SERVICIO DE COCINA	Se requiere 1 TCX50 y por rotación y atención se solicitan 1 TC adicional

Los perfiles del personal corresponden a lo exigido en el Manual Operativo modalidades y servicios para la atención de niños, niñas y adolescentes, con proceso administrativo de restablecimiento de derechos y los tiempos de dedicación se verificaron de acuerdo con lo establecido según cupos contratados.

Después de revisado desde lo jurídico y administrativo, se validó financieramente y teniendo en cuenta la necesidad de la modalidad, la supervisora del contrato procedió a su aprobación, sin embargo, se aclara que este talento humano adicional está sujeto a revisión y modificación teniendo en cuenta la dinámica de salida de beneficiarios a Instituciones Educativas.

3. COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN

La entidad administradora de servicio para su modalidad de internado adjuntó encuesta de satisfacción aplicada a 17 usuarios el día 18 de febrero de 2025, informe y análisis de los resultados.

La minuta enviada por el operador corresponde a la elaborada y aprobada en el año 2022 por Karem Grajales Pérez Profesional del área de Nutrición del Grupo de Asistencia Técnica de la Regional Quindío, lo que reporta la entidad contratista no requerir ajustes en la minuta, y cuando los documentos ya se encuentran aprobados por el profesional en nutrición de la misma regional, no se requiere nueva aprobación si no hay cambios o ajustes en los ciclos de menús.

Desde el componente de nutrición, se le informó al supervisor del contrato para dar el Visto Bueno y continuidad con la minuta aprobada en la vigencia 2022 y que vienen utilizando actualmente, con la recomendación de continuar con la realización de las

encuestas de satisfacción y tener en cuenta que al momento en que el ICBF socialice una actualización a la minuta patrón, se deberán realizar los ajustes al ciclo de menús, sus formatos y posterior a su aprobación se debe realizar la implementación.

Se revisaron los costos incluidos en la minuta alimentaria presentada por el operador, como parte del proceso de aprobación presupuestal inicial. Para ello, se realizó un análisis comparativo con los precios de referencia manejados por supermercados de referencia como Éxito y Olímpica.

Durante la revisión, se identificó que **un producto** reportado por el operador presenta un costo superior al precio promedio del mercado. No obstante, también se evidenció que otros alimentos incluidos en la minuta tienen precios por debajo del promedio, lo cual compensa dicha variación.

Este equilibrio general en los valores estimados permite concluir que los costos enviados por el Operador FARO SAN RAFAEL son coherentes con la realidad comercial actual y se encuentran ajustados a lo establecido en la minuta aprobada, sin generar afectaciones significativas en la estructura del presupuesto alimentario.

Se revisó el presupuesto para alimentación junto con la Financiera del equipo de apoyo a la supervisión para este contrato de los costos de la minuta enviada por el operador necesarios para la aprobación presupuestal inicial, esta revisión desde el componente de alimentación, teniendo en cuenta la modalidad, el promedio de 29 menús para internado de la minuta establecida para los diferentes grupos etarios y cupos contratados.

Variabilidad presupuestal por transición de beneficiarios FARO a Instituciones Educativas (I.E)

Es importante destacar que el presupuesto asignado para alimentación puede presentar variaciones sustanciales en el marco de la transición de los beneficiarios atendidos por el operador FARO hacia Instituciones Educativas (I.E). Este cambio implica una modificación estructural en la forma en que se venía gestionando el proceso alimentario.

Por lo tanto, en caso de que los costos proyectados excedan el presupuesto inicial autorizado, se evaluará la viabilidad de asignar recursos adicionales, siempre y cuando exista validación técnica documentada y soporte presupuestal actualizado.

Decisiones: Queda aprobado el presupuesto inicial del contrato 63001982025 para la modalidad Internado / Casa de Acogimiento Pard, desde los componentes financiero, administrativo y de salud y nutrición, considerando las características de la modalidad y las exigencias de Manuales, lineamientos operativos, guías y documentos del ICBF.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
No se generan compromisos		

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Jhovana Zapata Henao	Supervisora Profesional Especializado	ICBF	
Liliana Judith Suarez Beltrán	Contadora – Equipo de apoyo a la supervisión	ICBF	
Alba Marcela Narváez Osorio	Abogada – Equipo de apoyo a la supervisión	ICBF	
Liceth Yuliany Monroy Rendón	Nutricionista - Equipo de apoyo supervisión	ICBF	
Jirley Johana Ramirez	Pedagoga – Equipo de apoyo a la supervisión	ICBF	
Claudia Esmaira Arciniegas Jojoa	Trabajadora Social - Equipo de apoyo a la supervisión	ICBF	
Juliana Mejía Lopez	Trabajadora Social - Equipo de apoyo a la supervisión.	ICBF	

Luis Edier Usma Osorio	Dir General R/L	FARO	
Claudia Marcela Ospina	Contador	FARO	
Gloria Marisol Giraldo Montoya	Coord. Financiera	FARO	
Dalia Tabares H	Coord. T.H	FARO	
Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	A convenir		
Colaborador que elabora el acta:			

PUBLICA

PRESUPUESTO

Encabezado

Regional:	QUINDIO	**Entidad contratista:**	FUNDACION FARO
Centro Zonal:	ARMENIA	**NIT.**	800034694-1
Municipio:	ARMENIA	**Contrato No.**	6300198-2025

Valor por Modalidad

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Valor Cupo Mes Según Modalidad Vigencia					
$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
Costo Fijo Modalidad Vigencia 2024					
63,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Valor Cupo Mes Según Modalidad Vigencia					
$ 2.257.116	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
Costo Fijo Modalidad Vigencia 2025					
63,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Valor Cupo Mes Según Modalidad Vigencia 2024 VALORES CORTE ENERO 2025 MES 2					
$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
Periodo o mes a girar de alistamiento según minuta			Valor del Alistamiento 2024:		N/A
ADICIONES			Rubro 112		0,00
			Rubro 111		0,00
			Rubro 114		0,00
Periodo o mes a girar de alistamiento según minuta			Valor del Alistamiento 2025:		110.598.684,00
TOTAL DESEMBOLSO			2024		0,00
			2025		110.598.684,00

Valor contrato

NOMBRE DE LA MODALIDAD	Licencia de funcionamiento Res. No.	Vencimiento licencia de funcionamiento	Cupos contratados	Meses Vigencia 2024	Meses Vigencia 2025	Valor total contrato por modalidad
(1) INTERNADO RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS/CASA ACOGIDA	0183 de 2023	6/07/2025	49	0,000	4,000	442.394.736,00
(2)			0	0,000	0,000	0,00
(3)			0	0,000	0,000	0,00
(4)			0	0,000	0,000	0,00
(5)			0	0,000	0,000	0,00
(6)			0	0,000	0,000	0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO			49	0		442.394.736,00

Estructura de Ingresos

CODIGO	1.PRESUPUESTO DE INGRESOS	1	2
1	OBJETO DEL INGRESO	PRESUPUESTO INICIAL VIGENCIA AÑO 2.02	% PARTICIPACIÓN
1100	Aportes ICBF	$ 442.394.736	98,66%
1200	Acciones complementarias para la gestión en el restablecimiento de derechos y/o administración de justicia (112)	$ 6.000.000	1,34%
1300	Orientación para la vida personal, social, profesional y vocacional (Subproyecto 111)	$ -	0,00%
1400	Dotación de unidades aplicativas (Centro costos 114)	$ -	0,00%
1500	Dotación Obsequio de Cumpleaños	$ -	0,00%
1600	Dotación Celebración Decembrina	$ -	0,00%
1700	Donaciones (Cuando aplique)	$ -	0,00%
1800	Rendimientos Financieros (Cuando aplique)	$ -	0,00%
1900	Aportes de la Institución (Cuando aplique)	$ -	0,00%
2000	Otros Ingresos (Cuando aplique)	$ -	0,00%
TOTAL PRESUPUESTO DE INGRESOS		$ 448.394.736	100,00%

CODIGO	2.PRESUPUESTO DE GASTOS	1	2
2	OBJETO DEL GASTO	PRESUPUESTO INICIAL VIGENCIA AÑO 202_	% PARTICIPACIÓN
2100	1. TALENTO HUMANO		
2101	Salario	$ 33.716.000	7,52%
2102	Auxilio de transporte	$ 4.000.000	0,89%
2103	Horas extras y recargo nocturno	$ 2.800.000	0,62%
2104	Cesantías	$ 3.376.333	0,75%
2105	Vacaciones	$ 1.522.717	0,34%
2106	Prima de servicios	$ 3.376.333	0,75%
2107	Intereses/cesantías	$ 405.160	0,09%
2108	Aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de compensación)	$ 3.286.440	0,73%
2109	Aportes salud, pensión y ARL	$ 8.375.310	1,87%
2110	Honorarios	$ 141.120.000	31,47%
2111	Dotación trabajadores	$ 950.000	0,21%
2112	Implementación Sistema Integrado de Gestión	$ 500.000	0,11%
2113	Otros gastos (Otros ingresos)	$ -	0,00%
SUBTOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS		$ 203.428.293	45,37%

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

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

Estructura de Gastos

2200	**2. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLECENTES**		
2201	Alimentación	$ 93.195.600	20,78%
2202	Emergencias y botiquín (Medicamentos no incluidos en el POS)	$ 2.000.000	0,45%
2203	Educación (Dotación escolar, material pedagógico y de aseo escolar)	$ 4.000.000	0,89%
2204	Dotación personal	$ 26.664.300	5,95%
2205	Dotación de aseo e higiene personal	$ 5.600.000	1,25%
2206	Recreación	$ 2.500.000	0,56%
2207	Dotación lúdico deportiva (Por reposición)	$ -	0,00%
2208	Transporte para niños, niñas y adolescentes	$ 29.800.000	6,65%
2209	Centros de interés - Artes (Solo SRPA)	$ -	0,00%
2210	Acciones complementarias para la gestión en el restablecimiento de derechos y/o administración de justicia (Centro de Costos 112)	$ 6.000.000	1,34%
2211	Orientación para la vida personal, social, profesional y vocacional (Centro de Costos 111)	$ -	0,00%
2212	Dotación básica (Por reposición o adición al contrato) 114	$ -	0,00%
2213	Dotación Obsequio de Cumpleaños	$ -	0,00%
2214	Dotación Celebración Decembrina	$ -	0,00%
2215	Dotación menaje alimentación (Por reposición)	$ 500.000	0,11%
2216	Encuentros familiares (Casa de Acogida y Casa de Protección)	$ -	0,00%
2217	Otros gastos (Otros ingresos)	$ -	0,00%
	SUBTOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS	$ 170.259.900	37,97%
2300	**3. GASTOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS**		
2301	Servicios públicos	$ 6.500.000	1,45%
2302	Mantenimiento y reparaciones instalaciones locativas	$ 6.500.000	1,45%
2303	Utilización de instalaciones en ambientes sanos y adecuados	$ 36.000.000	8,03%
2304	Reparación y mantenimiento de dotación institucional	$ 2.000.000	0,45%
2305	Papelería	$ 2.400.000	0,54%
2306	Aseo	$ 5.000.000	1,12%
2307	Transporte personal institución para visitas domiciliarias a los hogares y/o traslado de niños, niñas y adolescentes	$ 1.500.000	0,33%
2308	Gravamen a los movimientos financieros (4 por mil)	$ 1.793.579	0,40%
2309	Gastos bancarios (comisiones, transferencias y chequeras)	$ 500.000	0,11%
2310	Servicio de contabilidad	$ 12.012.964	2,68%
2311	Otros (lo que se requiera para el adecuado desarrollo de la modalidad)	$ 500.000	0,11%
2312	Otros gastos (Otros ingresos)	$ -	0,00%
	SUBTOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS	$ 74.706.543	16,66%
	TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS	$ 448.394.736,00	100,00%

Firmas

Contador y/o Revisor Fiscal	Representante Legal
Claudia C. Ortiz.	
Firma	Firma

(1) NOTA - Revisor Fiscal: Si está obligado legalmente a tener revisor fiscal.

(2) NOTA - Tenga en cuenta que si tiene más de 4 modalidades en un sólo contrato, para calcular el alistamiento debe agregar a la fórmula los datos adicionales (valor cupo de la modalidad según vigencia y la cantidad de cupos). La formula sólo toma las primeras 4 filas (fila 11 a 14)

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 186	
Hora: 8:30 a.m.	**Fecha: 29** Julio de 2025
Lugar:	AUDITORIO ICBF
Dependencia que Convoca:	Grupo de Asistencia Técnica
Proceso:	Protección
Objetivo:	Realizar la reunión de inicio para los contratos de Aporte en las modalidades de Restablecimiento de Derechos.

Agenda:

- ✓ Apertura, saludo y presentación del objetivo de la reunión por parte del supervisor de contratos.
- ✓ Presentación del Representante Legal o verificación de la existencia de poder.
- ✓ Presentación generalidades del proceso de supervisión y acuerdos.
- ✓ Aprobación del presupuesto y talento humano
- ✓ Proposiciones y varios.
- ✓ Cierre de reunión inicio contratos.

Desarrollo:

La supervisora de contratos Jhovana Zapata Henao da la bienvenida a la reunión de inicio de contratos y socializa el objetivo y el orden del día. Se constata la presencia de los representantes legales o sus delegados. Posteriormente presenta ante los representantes de las Entidades Contratistas a los profesionales que conforman el equipo de apoyo técnico a la supervisión, a saber:

PROFESIONAL	ROL	ENLACE
LILIANA JUDITH SUAREZ BELTRAN	FINANCIERA	TRANSVERSAL
MARCELA NARVAEZ OSORIO	JURIDICA	TRANSVERSAL
LICETH YULIANY MONROY RENDON	NUTRICIONISTA	TRANSVERSAL
CLAUDIA ESMAIRA ARCINIEGAS JOJOA	TRABAJADORA SOCIAL	HOGARES SUSTITUTOS
JULIANA MEJIA LOPEZ	PSICOLOGA	FESANCO INTERNADO / IAP VERSALLES APE
JIRLEY JOHANA RAMIREZ	PEDAGOGO	FARO – LAURA VICUÑA – FUNDAFAM – UNIQUINDIO IAP

A la fecha, se ha realizado la revisión y aprobación de los presupuestos, talento humano a los siguientes contratos de aportes:

CONTRATO	ENTIDAD CONTRATISTA	MODALIDAD	APROBADA
63001982025	Fundación Familiar FARO	Internado	Acta 177 del 29 de julio de 2025
63001992025	Centro Laura Vicuña - CLV	Externado	Acta 178 del 29 de julio de 2025
63002002025	Centro de Desarrollo Comunitario Versalles	Apoyo Psicológico Especializado	Acta 179 del 29 de julio de 2025
63002022025	Universidad del Quindío	Intervención de Apoyo Psicosocial	Acta 180 del 29 de julio de 2025
63002032025	Universidad del Quindío	Hogar sustituto Tutor	Acta 181 del 29 de julio de 2025
63002052025	FESANCO	Hogares Sustitutos PARD	Acta 183 del 29 de julio de 2025
63002062025	FESANCO	Hogares Sustitutos DISCAPACIDAD	Acta 184 del 29 de julio de 2025
63002082025	FESANCO	Internado - Intervención de Apoyo Psicosocial	Acta 185 del 29 de julio de 2025
63002092024	Fundación Familia y Futuro - FUNDAFAM	Casa universitaria	Acta 182 del 29 de julio de 2025

Generalidades:

- ✓ Alcance y objetivos de la supervisión
- ✓ Como y por medio de que se realiza la supervisión
- ✓ Nombramiento del supervisor y el equipo de apoyo
- ✓ Claridades frente a las visitas

Componente técnico:

- ✓ En el componente técnico se verifican entre otros aspectos, el cumplimiento de las obligaciones contractuales relacionadas con la calidad del servicio que se ofrece, en aspectos como dotación institucional, básica, personal, lúdico deportiva, de higiene y aseo personal, el cumplimiento de las fases, componentes del proceso de atención, alimentación y nutrición, seguridad y dotación; educación, salud, identidad, familia, actividades culturales, recreativas y deportivas, desarrollo del proyecto de vida en el ciclo de vida que le corresponda; formación pre laboral y laboral.

Componente financiero:

- ✓ En el componente financiero se verifican entre otras, las obligaciones relacionadas con el presupuesto de ingresos y gastos, compras locales de alimentos (bienes o servicios producidos localmente), provisión de bienes y servicios, libros de registro, archivos, actas, informes, expedientes y demás información financiera; el seguimiento a la ejecución de recursos, que se lleve la contabilidad por centro de costos, la información contable y demás información financiera.

Componente administrativo:

- ✓ En el componente administrativo se verifican entre otros aspectos, las condiciones de infraestructura física y talento humano, los cuales deben ser de calidad y en la cantidad suficiente, de acuerdo con lo establecido para cada modalidad, medida o sanción. Igualmente, el cumplimiento de las obligaciones del Sistema Integrado de Gestión - SIGE, las relacionadas con el sistema de información y en los casos que aplique, Guía técnica para la metrologia
- ✓ Durante la ejecución del contrato, cuando se presenten cambios en el talento humano, el operador deberá registrar los cambios realizados anexando hoja de vida y soportes de la persona contratada, en el informe mensual de prestación del servicio inmediatamente posterior a esta contratación.
- ✓ Reportar al supervisor del contrato y al profesional de apoyo legal, así como diligenciar matriz.

Componente legal:

- ✓ Se verifican entre otras, las obligaciones relacionadas con la vigencia de personería jurídica de la entidad contratista, el concepto sanitario, estado y condiciones de la licencia de funcionamiento, representación legal, y los que se requieran de acuerdo con la modalidad

Informe mensual sobre la prestación del servicio:

- ✓ Si el porcentaje de cumplimiento es inferior a 100%, no es posible certificar el cumplimiento de obligaciones contractuales; en este caso se deberán realizar las acciones de supervisión correspondientes para que el operador subsane los presuntos incumplimientos identificados, alcance el 100% de cumplimiento y dar paso a la certificación correspondiente para continuar con el trámite de desembolso.

Los alcances y objetivos de la supervisión de contratos se realizan *"con el fin de proteger la moralidad administrativa, de prevenir la ocurrencia de actos de corrupción y de tutelar la transparencia de la actividad contractual"*. Así mismo, mejorar la calidad de la prestación del servicio de atención a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.

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

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

El ejercicio de supervisión se realiza por medio de herramientas las cuales se encuentran disponibles en la página oficial del ICBF. Se explica la ruta de acceso. Entre otras, las principales herramientas para la acción de supervisar los contratos son:

- ✓ Guías operativas y financieras.
- ✓ Presupuestos de ingresos y gastos.
- ✓ Anexos documentales.
- ✓ Requerimientos.
- ✓ Anexos de visita.
- ✓ Instrumentos de visita de supervisión. (El cual otorga un puntaje a la visita de supervisión)
- ✓ Acciones de asistencia técnica
- ✓ Revisión documental
- ✓ Entrevistas – Encuestas a Niños, Niñas y Adolescentes.

El proceso de supervisión se realiza mediante un supervisor de contratos y un equipo de apoyo técnico a la supervisión conformado por una nutricionista, una trabajadora social, una psicóloga, una contadora, una abogada y una pedagoga.

El proceso se realiza en principalmente en cuatro etapas: Planear, Hacer, Verificar y Mejorar. En la etapa de Hacer se realizan las visitas de supervisión mediante 3 fases:



Para la ejecución de las visitas de supervisión, se tienen en cuenta los siguientes elementos:

- ✓ La visita se realiza por modalidad, sede y población atendida.
- ✓ De acuerdo con las disposiciones actuales se desarrollará una visita con periodicidad trimestral a cada entidad contratista para aplicación de instrumento de acuerdo con las modalidades contratadas, no obstante, el supervisor de contratos y su equipo pueden realizar visitas durante toda la vigencia del contrato las cuales se realizarán con acta.
- ✓ La primera visita de supervisión a las entidades contratistas y unidades de servicio se puede realizar a partir del perfeccionamiento del contrato de aportes.
- ✓ Las visitas para la aplicación de instrumentos de supervisión se realizarán sin previo aviso.
- ✓ Se realizarán entrevistas a niños, niñas y adolescentes cuyas preguntas estarán enmarcadas en el cumplimiento contractual del operador.

Informe mensual sobre la prestación del servicio y resultados de visitas de supervisión

- ✓ Si el porcentaje de cumplimiento es inferior a 100%, no es posible certificar el cumplimiento de obligaciones contractuales; en este caso se deberán realizar las acciones de supervisión correspondientes para que el operador subsane los presuntos incumplimientos identificados, alcance el 100% de cumplimiento y dar paso a la certificación correspondiente para continuar con el trámite de desembolso.

Informe mensual sobre la prestación del servicio – recomendaciones

- ✓ En los casos en los cuales se solicite certificado de representante legal y con este se debe respuesta a varias obligaciones contractuales, por favor relacionar el número de obligación contractual y el componente que se está certificando.

Compras locales

- ✓ LEY 2046 DE 2020*: En cumplimiento de esta ley, el contratista deberá, invertir al menos el 30% de los recursos ejecutados para la compra de alimentos, adquiriéndolos directamente a los pequeños productores agropecuarios locales, productores de la agricultura campesina, familiar o comunitaria locales, organizaciones de estos productores o a las industrias y emprendimientos agroalimentarios que procesen materias primas adquiridas directamente a estos productores locales. Estas compras deberán realizarse aplicando y cumpliendo con lo dispuesto en la guía "G5.ABS- Guía Orientadora para la Implementación de la Estrategia de Compras Locales" y deberán ser reportadas mensualmente al supervisor del contrato, haciendo uso de la última versión del formato "F1.G5.ABS- Formato seguimiento Compras Locales" o del medio que para tal efecto adopte el ICBF dentro del Sistema de Gestión de Calidad*

Requerimientos

- ✓ En el momento de dar respuesta al requerimiento, esta debe tener en cuenta:

- Ser concreto
- Dar respuesta de fondo a la solicitud
- Responder en los tiempos establecidos y de no ser así, remitir solicitud por correo electrónico a la supervisora del contrato, si considera que requiere ampliar el tiempo para la respuesta.

Dotación

- ✓ Cuando una niña, niño y adolescente sea trasladado de una modalidad o institución a otra, el operador que lo recibe deberá verificar la dotación personal con la cual llega, acorde con la tabla de dotación, observando las necesidades particulares y entregar la dotación inicial o reponer las prendas de vestir que le hagan falta, de acuerdo con lo definido en la tabla de dotación. Esta situación debe quedar registrada en el plan de caso y debe ser validada por el supervisor del contrato. Pág. 33 Manual operativo. (Tanto el operador que entrega como el que recibe debe registrar en acta la dotación)
- ✓ En el informe de prestación de servicios mensual el operador deber anexar las evidencias de la entrega de dotación inicial a los NNA que ingresen.

- ✓ En el caso que una NNA que desee realizar intercambio de la dotación ejemplo: falda por pantalón se debe registrar este cambio en el acta de entrega
- ✓ Se debe anexar evidencia fotografía de entrega de dotación la cual se debe anexar en el informe de prestación de servicio mensual.

Recomendaciones

- ✓ Los soportes que se adjunten deben corresponder a lo estipulado a las obligaciones contractuales.
- ✓ El informe mensual de prestación de servicios se presentará en medio magnético y en físico los primeros 5 días hábiles siguientes al mes vencido.
- ✓ Para la revisión de talento humano se cuenta con dos formatos:
- ✓ Matriz de novedades (Que desde la supervisión es remitida al Enlace de supervisión ante la sede nacional)
- ✓ Tabla de talento Humano (Seguimiento de cláusula contractual y Manual operativo)
- ✓ Se requiere que, los soportes que adjunte el operador se asocien a la cláusula contractual especifica.
- ✓ Se recuerda que es necesario anexar la PIYC y acta o documento de apropiación de esta
- ✓ Los soportes del informe técnico mensual deben ser nombrados de manera concretar y dar cuenta del contenido de este.
- ✓ El informe mensual de prestación de servicios se presentará en medio magnético y en físico los primeros 5 días hábiles siguientes al mes vencido
- ✓ Para la revisión de talento humano se cuenta con dos formatos:
- ✓ Matriz de novedades (Que desde la supervisión es remitida al Enlace de supervisión ante la sede nacional)
- ✓ Tabla de talento Humano (Seguimiento de clausula)
- ✓ Para todo traslado presupuestal y contratación de personal adicional, se debe tener en cuenta la guía financiera: *"Para realizar un traslado, se debe cumplir con todos los requisitos exigidos por la modalidad en cuanto a la prestación del servicio se refiere, en especial, se debe cumplir con la ejecución del rubro del cual se pretende disminuir el recurso asignado" (...) estos se pueden realizar durante la vigencia del contrato,* ***previa autorización del supervisor***". Debe solicitarse aprobación al supervisor de contratos con la respectiva justificación y firma en original del representante legal.

Varios:

- ✓ La supervisora aclara que las hospitalizaciones no están dentro del rubro 112.
- ✓ La coordinadora de fesanco habla sus inquietudes frente al talento humano y preocupación frente cómo se maneja los contratos de prestación de servicios.
- ✓ El operador fesanco habla sobre la importancia de que el instituto también tenga en cuenta también las particularidades y necesidades de cada entidad.
- ✓ Los operadores elevan la preocupación frente la contratación de prestación de servicios ya que en el manual exigen un tiempo de dedicación lo que en esta figura contractual ha desencadenado que se vean expuestos a demandas por contrato realidad. La jurídica del

equipo de supervisión aclara que desde el instituto no hay una exigencia frente a la contratación, la cual puede ser laboral o por OPS.

Decisiones:

Dar continuidad al ejercicio de implementación del proceso de atención a los niños, niñas y adolescentes teniendo en cuenta las guías, manuales operativos y lineamientos vigentes.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Consultar a la sede frente a las horas laborales del talento humano	supervisión	29/07/2025

PÚBLICA

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Jhovana Zapata Henao	Supervisora – Prof. Especializado	ICBF	
Liliana Judith Suarez Beltran	Contadora – Equipo de apoyo a la supervisión	ICBF	
Alba Marcela Narvaez Osorio	Abogada – Equipo de apoyo a la supervisión	ICBF	
Jirley Johana Ramirez	Pedagoga – Equipo de apoyo a la supervisión	ICBF	
Claudia Esmaira Arciniegas Jojoa	Trabajadora Social – Equipo de apoyo a la supervisión	ICBF	
Juliana Mejía Lopez	Psicóloga - Equipo de apoyo a la supervisión	ICBF	
Liceth Yuliany Monroy Rendón	Nutricionista- Equipo de apoyo a la supervisión	ICBF	
Dalson Taborda H	Coordinador T. H	Faro	
Luis Usma Osorio	Director General E/C	FARO	
Claudia M Orozco	Contadora	faro	
Gloria Marisol Girón	Coord. Financiera	Faro	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
Colaborador que elabora el acta:	Juliana Mejía Lopez		

Jhovana Zapata Henao

De: Jirley Johana Ramirez
Enviado el: martes, 5 de agosto de 2025 6:22 p. m.
Para: Liliana Judith Suarez Beltran
CC: Jhovana Zapata Henao
Asunto: VERIFICACION PLANILLA FARO
Datos adjuntos: PLANILLA 63001982025 julio FARO SR corregida.xls

Cordial Saludo

Jhovana Zapata Henao
Supervisora

Liliana Suarez Beltran
Contadora

Se realiza la revisión de la Planilla del mes de julio del operador FFARO, Modalidad INTERNADO Contrato 198 y se reporta los siguientes datos:

Cupos contemplados: 49
Cupos completos: 23
Cupos parciales: 9,68
No atendidos: 16,32
Ingresos: 12
Egresos: 10

BIENESTAR FAMILIAR

Jirley Johana Ramírez
Contratista
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Quindío
Carrera 23 calles 3 y 4
Teléfono: 601 4377630 Ext. 612025
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener información reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF que no genera automáticamente a su destinatario. Si usted no es el destinatario del mismo, le solicitamos notificar al remitente y eliminarlo en todo caso de divulgarlo, copiarlo o distribuirlo no autorizado, podría ser sancionado conforme a la ley. Las opiniones contenidas en este mensaje y sus anexos no comprometen ni obligan al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF a menos que cuente con la autorización expresa para ello. Para cualquier duda o información de contacto, comuníquese con nosotros, en primera instancia, por medio de esta misma cuenta de correo. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF that is not automatically generated for its addressee. If you are not the intended addressee, we kindly ask you to notify the sender and delete it. In any case, disclosing, copying or distributing it without authorization is prohibited and may be sanctioned according to the law. The opinions contained in this message and its attachments do not commit or oblige INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF unless it has the authorization to do so. For any doubt or information, please contact us, in the first instance, through this same e-mail account. Web site: www.icbf.gov.co

Jhovana Zapata Henao

De: Liliana Judith Suarez Beltran
Enviado el: martes, 12 de agosto de 2025 5:08 p. m.
Para: Jhovana Zapata Henao; Auxiliar Contabilidad; farosanrafael@gmail.com
CC: Jirley Johana Ramirez; Alba Marcela Narvaez Osorio; Juliana Mejia Lopez; Liceth Yuliany Monroy Rendon; Claudia Esmaira Arciniegas Jojoa
Asunto: REVISION PLANILLA JULIO FARO63001982024
Datos adjuntos: PLANILLA 63001982025 julio FARO SR corregida.xls

Buena tarde: desde el componente financiero se reviso la planilla de atención correspondiente a Julio del contrato 63001982025 quedando así:
Atendidos completos 23
Atendidos parciales 9,68
No atendidos 16,32

Valor a pagar por atención de Julio ***$97.045.756***

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

LILIANA SUAREZ BELTRAN
Apoyo financiero supervisión de protección SRD
Contratista
Grupo Asistencia técnica
ICBF Sede Regional Quindío
Carrera 23 Calles 3ra y 4ta Armenia

Teléfono: 601 4377630 Ext. 610030

www.icbf.gov.co

De: Jirley Johana Ramirez <Jirley.Ramirez@icbf.gov.co>
Enviado el: martes, 5 de agosto de 2025 6:22 p. m.
Para: Liliana Judith Suarez Beltran <Liliana.Suarez@icbf.gov.co>
CC: Jhovana Zapata Henao <Jhovana.Zapata@icbf.gov.co>
Asunto: VERIFICACION PLANILLA FARO

Cordial Saludo

Jhovana Zapata Henao
Supervisora

Liliana Suarez Beltran
Contadora

Se realiza la revisión de la Planilla del mes de julio del operador FFARO, Modalidad INTERNADO Contrato 198 y se reporta los siguientes datos:

Cupos contemplados: 49
Cupos completos: 23
Cupos parciales: 9,68
No atendidos: 16,32
Ingresos: 12
Egresos: 10

BIENESTAR FAMILIAR

Jirley Johana Ramírez
Contratista
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Quindío
Carrera 23 calles 3 y 4
Teléfono: 601 4377630 Ext. 612025
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: [illegible] www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: [illegible]

Jhovana Zapata Henao

De: Alba Marcela Narvaez Osorio
Enviado el: martes, 12 de agosto de 2025 10:10 a. m.
Para: Jhovana Zapata Henao
CC: Liliana Judith Suarez Beltran; Liceth Yuliany Monroy Rendon; Claudia Esmaira Arciniegas Jojoa; Jirley Johana Ramirez; Juliana Mejia Lopez
Asunto: VERIFICACIÓN EJECUCIÓN JULIO

Cordial saludo,

En la fecha realice la verificación de la ejecución del mes de julio del contrato 63001982025, operador FARO, modalidad Internado.

No encuentro novedades en el periodo.

TABLA:

CARGO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	PROFEISON O ACTIVIDAD
Coordinador	GLORIA ESPERANZA GRANADA	Licenciada en Pedag
Auxiliar Administrativo	NICOLAS GOMEZ OROZCO	Economista
Psicólogo (a)	JUAN DAVID FRANCO ROMERO	Psicologo
Trabajador (a) Social / Profesional en Desarrollo Familiar	MARTHA ISABELGONZALEZ ZAPATA	Trabajadora Social
Nutricionista dietista	JENIFFER GIOVANA MAZUERA URREA	Nutricionista
Profesional de área	YESICA ALEJANDRA GARCIA	Licenciada en Pedag
Gestor de caso	ESTEFANIA ACEVEDO VELEZ	Trabajadora social
Instructor de Taller	SALOME USMA LOPEZ	Bachiller
	LUIS CARLOS TABARES HERNANDEZ	Bachiller
	MARIA ELENA GIL BEDOYA	Licenciada en Pedag
	JONATHAN SOTO OSORIO	Bachiller
Auxiliar de enfermería	PAOLA ANDREA OSORIO OSPINA	Auxiliar de enfermería
Formador diurno	GERMAN ALEJANDRO TORRES HERNANDEZ	Bachiller
	LUZ PIEDAD ALADINO ALADINO	Licenciada en Pedag
	EIMY CAMILA RIOS MAINGUEZ	Trabajadora Social
	NARDA MARIA REY ZAPATA	Bachiller
Formador nocturno	JAVIER DE JESUS HOYOS	Bachiller
	MAURICIO MANJARRES	Bachiller
	SEBASTIAN MUÑOZ FRANCO	Bachiller
Servicios generales	LUZ DILIA LADINO LADINO	Bachiller
Cocinero	GLORIA INES GAMES	Bachiller
	AMINTA CARDENAS CASTRO	Bachiller

Cualquier dudacon gusto la atenderé,

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener información reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que proviene exclusivamente de su destinatario. Si usted no es el destinatario debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo.

292

Jhovana Zapata Henao

De: Alba Marcela Narvaez Osorio
Enviado el: martes, 19 de agosto de 2025 10:12 a. m.
Para: Jhovana Zapata Henao
CC: Liliana Judith Suarez Beltran; Liceth Yuliany Monroy Rendon; Juliana Mejia Lopez; Jirley Johana Ramirez; Claudia Esmaira Arciniegas Jojoa
Asunto: VERIFICACION DOCUMENTAL Y ELABORACION INFOLRME JULIO -FARO-

Cordial saludo,

Informo que desde los componentes que me corresponden realice verificación documental y elaboración del informe de supervisión del mes de julio, en las clausulas de mi competencia, al contrato 63001982025, operador Faro, modalidad Internado.

Cualquier duda con gusto la atenderé,

BIENESTAR FAMILIAR

Alba Marcela Narvaez Osorio
Contratista
Grupo Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Quindío
Carrera 23 Calle 3 - 4
Teléfono: 606 7457901 Ext. 610006
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: CLASIFICADA

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener información reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de retransmitir, reproducir o publicarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes les enviemos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, please completely erase it from your system and notify the sender in any case, refrain from retransmitting, reproducing or publishing it. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we send back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

Jhovana Zapata Henao

De: San Rafael <sanrafael@fundacionfaro.org>
Enviado el: jueves, 17 de julio de 2025 3:18 p. m.
Para: Edison Alexander Torres Plaza; Jhovana Zapata Henao
Asunto: REPORTE DE ABANDONO IRREGULAR

Cordial saludo,

De manera atenta y respetuosa me permito informar sobre el abandono irregular del adolescente Andrés Felipe Bergaño Ramírez, identificado con número de documento 1094915981.

El hecho ocurrió durante un espacio deportivo, momento en el cual el adolescente emprende la huida. Los educadores realizan la intervención correspondiente, sin embargo, no fue posible lograr que Andrés Felipe permaneciera en la unidad.

Se procede a realizar la llamada al CAI Pórtico, siendo atendida por el patrullero Rincón, a quien se le informa sobre la situación.

Atentamente,

Equipo Interdisciplinario
Internado Restablecimiento de Derechos
Fundación Faro - Sede San Rafael
Cel: 3174280741

Jhovana Zapata Henao

De: Jirley Johana Ramirez
Enviado el: jueves, 14 de agosto de 2025 7:42 a. m.
Para: Jhovana Zapata Henao
CC: Alba Marcela Narvaez Osorio; Liliana Judith Suarez Beltran
Asunto: VERIFICACION DOCUMENTAL JULIO FARO

Cordial Saludo

Desde mi área de competencia realice el día 13 de agosto, la verificación documental del informe de prestación de servicios del componente técnico, del operador FARO Contrato 198 del mes de julio.

Jirley Johana Ramírez
Contratista
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Quindío
Carrera 23 calles 3 y 4
Teléfono: 601 4377630 Ext. 612025
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener información reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización expresa a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproducing or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, date and contact information of the sender or to whom we send back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

Jhovana Zapata Henao

De: Liceth Yuliany Monroy Rendon
Enviado el: lunes, 25 de agosto de 2025 8:55 a. m.
Para: Jhovana Zapata Henao
Asunto: verificación Documental

Cordial Saludo
Jhovana Zapata Henao
Supervisora

Se realizó verificación Documental de los informes del julio del 2025; en el Componente Técnico, Metrología y las 13 obligaciones contractuales (donde aplique) del manejo de Alimentos de Alto Valor Nutricional AAVN de los contratos:

63001992025 Laura Vicuña modalidad Externado-Media Jornada.
63002092025 Fundafam modalidad Casa Universitaria.
63002082025 Fesanco IAP-internado
63002022025 Uniquindío IAP
63002002025 Versalles
63001982025 Faro modalidad Internado SRD.
63002052025 Fesanco modalidad Hogar Sustituto vulneración.
63002062025 Fesanco modalidad Hogar Sustituto discapacidad.
63002032025 Uniquindío Tutor

BIENESTAR FAMILIAR

Liceth Yuliany Monroy Rendon
Contratista – Nutricionista
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Quindío
Carrera 23 entre calles 3 y 4 B/ Sesenta C
Teléfono: 601 437 7630 Ext. 615005
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD. Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto

Jhovana Zapata Henao

De: Alba Marcela Narvaez Osorio
Enviado el: lunes, 25 de agosto de 2025 12:15 p. m.
Para: Jhovana Zapata Henao
CC: Liliana Judith Suarez Beltran; Liceth Yuliany Monroy Rendon; Juliana Mejia Lopez; Claudia Esmaira Arciniegas Jojoa; Jirley Johana Ramirez
Asunto: VERIFICACION DOCUMENTAL - INFORME DE SUPERVISIÓN UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

Cordial saludo,

informo que realice la verificacion documental y elaboración del informe de supervisión del mes de Jullio, en las cláusulas Generales, Administrativas, Legal, Sige: Eje de calidad, seguridad de la información, seguridad y salud en el trabajo, ambiental.

Quedo atenta a cualquier observacion,

Alba Marcela Narvaez Osorio
Contratista
Grupo Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Quindío
Carrera 23 Calle 3 - 4
Teléfono: 606 7457901 Ext. 610006
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: CLASIFICADA

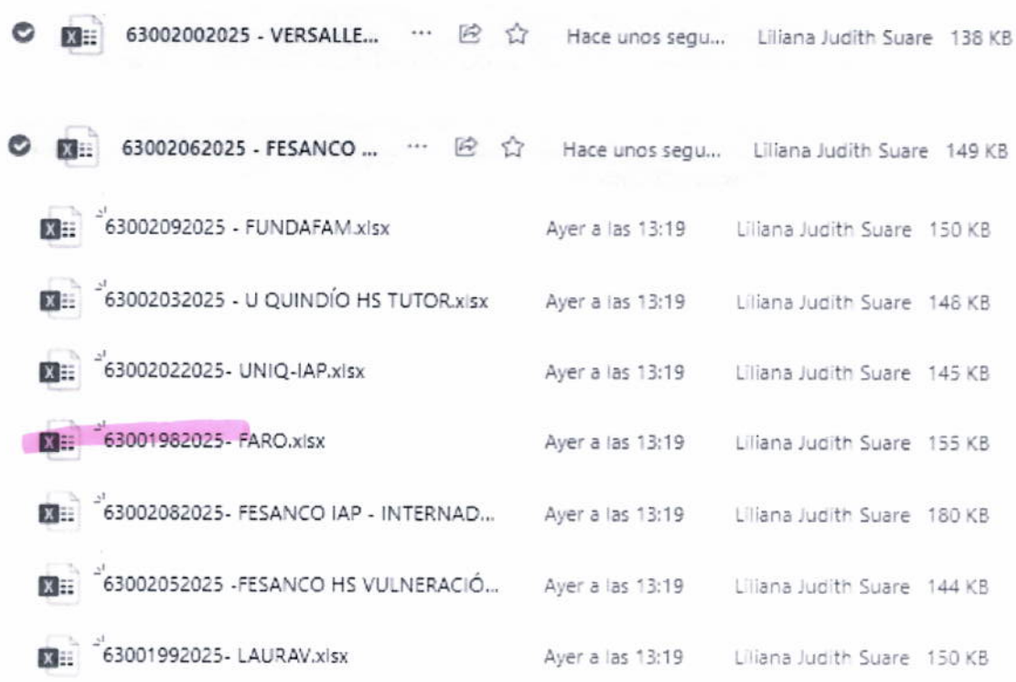
NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener información de reserva del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa exclusivamente a su destinatario. Si usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse de hacer copia de su contenido, reenviarlo o divulgarlo. Se advierte igualmente que las opiniones contenidas en este mensaje no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de quien es el remitente o a quienes le envuelve copias y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case, should not copy, disclose or distribute its contents that the opinions contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the official approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. If you are the recipient, be reminded that you have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or its whom we send such information message or its attachments, unless there is an explicit authorization in its name. Web site: www.icbf.gov.co

Jhovana Zapata Henao

De: Liliana Judith Suarez Beltran
Enviado el: jueves, 28 de agosto de 2025 11:05 p. m.
Para: Jhovana Zapata Henao
CC: Alba Marcela Narvaez Osorio; Jirley Johana Ramirez; Juliana Mejia Lopez; Claudia Esmaira Arciniegas Jojoa; Liceth Yuliany Monroy Rendon
Asunto: 9-informes supervisión Julio ok

Buen día Jefe Jhovana : desde el componente financiero se han actualizado los nueve informes de supervisión correspondientes a Julio, en todo lo relacionado a la ejecución de recursos y revisión y legalización de cuentas de julio.asi:



Cordisalmente,

LILIANA SUAREZ BELTRAN
Apoyo financiero supervisión de protección SRD
Contratista
Grupo Asistencia técnica
ICBF Sede Regional Quindío
Carrera 23 Calles 3ra y 4ta Armenia

Teléfono: 601 4377630 Ext. 610030

www.icbf.gov.co

www.icbf.gov.co

www.icbf.gov.co

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 6300198 2025 DE 2026

INFORME PERIÓDICO 01 (JULIO)

1. Datos generales

Periodo del informe	01/07/2025 al 31/07/2025	**Número de contrato/convenio:**	6300 - 198 - 2025
Tipo de contrato/convenio	APORTES	**Fecha suscripción contrato/convenio:**	1/07/2025
Valor inicial del contrato/convenio	$ 448.394.736	**Plazo de Ejecución inicial (hasta cuándo):**	31/10/2025

Objeto BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD INTERNADO / CASA DE ACOGIMIENTO PARD, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF

Alcance del objeto (si aplica)

2. Datos supervisor

Nombre y cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio)	JHOVANA ZAPATA HENAO Profesional Especializado Grupo de asistencia técnica	**Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio)**	JHOVANA ZAPATA HENAO Profesional Especializado Grupo de asistencia técnica
Nombre y cargo Supervisor ICBF (según memorando de designación, si aplica)	JHOVANA ZAPATA HENAO Profesional Especializado Grupo de asistencia técnica	**Fecha memorando de designación de supervisión (si aplica)**	27/06/2025
Nombre Supervisor ICBF (para efectos de liquidación)	N/A	**Supervisores otras entidades (cooperantes) - (Si aplica)**	N/A
Otros supervisores (*)	N/A	**Cargos de otros supervisores**	N/A

(*) Si se trata de varios supervisores, deberán relacionarse todos.

3. Datos contratista

Nombre Contratista:	Fundación Familiar Pro-rehabilitación de Farmacodependientes - FARO	**Cédula o NIT:**	800034694-1
Dirección:	Vereda San Juan De Carolina Finca Balsalche CA Saleciana	**Correo electrónico:**	sastrafar@fundacionfaro.org
Representante Legal que suscribió el contrato/convenio:	Luis Edier Usma Osorio	**Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación (i):**	N/A
Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal (i):	N/A		

(i) Estos datos sólo deberán diligenciarse en el Informe Final para liquidación.

4. Plazo de duración del contrato/convenio

Desde cuándo:	1/07/2025	**Hasta cuándo:**	31/10/2025
Fecha aprobación pólizas:	26/06/2025	**Fecha expedición R.P.:**	27/06/2025
Fecha acta de inicio:	1/07/2025	**Fecha inicio del contrato/convenio:**	1/07/2025
Fecha documento de Prórroga (si aplica):	N/A	**Prorrogado hasta cuándo (si aplica):**	N/A
Fecha aprobación póliza de la prórroga:	N/A	**Fecha de terminación:**	N/A

Si se presentan más prórrogas, incluir más filas para éstas.

5. Información presupuestal

Valor inicial del contrato/convenio

Aporte ICBF	$ 448.394.736
Aporte Contratista (si aplica)	N/A

No. de CDP:	25325	**Fecha CDP:**	19/06/2025	**Valor de CDP:**	$ 448.394.736
No. de RP:	84625	**Fecha RP:**	27/06/2025	**Valor de RP:**	$ 448.394.736

(+) ADICIONES

Si se presentan más adiciones, incluir filas para éstas.

(-) DISMINUCIONES

(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones)	N/A		
Valor anticipo (si aplica):	N/A	Fecha pago anticipo (si aplica):	N/A
Porcentaje amortización (si aplica):	N/A	Periodo facturado:	N/A

FORMAS DE PAGO: El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) un Giro de Alistamiento durante los primeros 10 días hábiles del mes de julio por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de julio, más el valor [illegible] (ii) Tres (3) desembolsos mensuales [illegible] CONTRATISTA [illegible] PARÁGRAFO PRIMERO: [illegible] PARÁGRAFO SEGUNDO: [illegible] PARÁGRAFO TERCERO: [illegible] PARÁGRAFO CUARTO: [illegible] PARÁGRAFO QUINTO: [illegible] PARÁGRAFO SEXTO: [illegible] PARÁGRAFO SÉPTIMO: [illegible] PARÁGRAFO OCTAVO: [illegible] PARÁGRAFO NOVENO: [illegible] PARÁGRAFO DÉCIMO: El CONTRATISTA [illegible] PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMERO: [illegible] PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO: [illegible] Resolución No. 5165 de 2023 [illegible] PARÁGRAFO DÉCIMO TERCERO: El cumplimiento de todas las obligaciones descritas en el presente contrato será indispensable para que se efectúe el desembolso por parte del ICBF.

[illegible] Todos los pagos se realizarán conforme al PAC del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

6. Información relacionada con la contratación derivada (si aplica)

El supervisor certifica la existencia de contratación derivada del Contrato (Convenio) No N/A de N/A, consistente en N/A (cantidad) contratos, suscritos por N/A (contratante) con el fin de N/A (objeto). De igual manera allega relación de dicha contratación, en N/A folios, en la cual se identifica el número de contrato, la fecha de suscripción, el contratista, el objeto, la duración, el valor, observaciones generales y la certificación expresa del Contratante de que dicha contratación derivada se encuentra finalizada y/o liquidada, y de que todos sus contratistas se encuentran a paz y salvo por todo concepto.

Este aparte sólo debe diligenciarse en el evento de existir contratación derivada. Se debe allegar la relación de la misma y la certificación de paz y salvo debidamente suscrita por el Contratante correspondiente.

7. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor

Periodo certificado	Fecha de certificación	Valor pagado	Observaciones
jul-25	14/07/2025	110.598.684	alistamiento

8. Pagos Efectuados según estado de cuenta o información suministrada por la Dirección Financiera

Número de pago/desembolso, según cláusula de forma de pago	Valor de desembolsos según minuta contractual (A)	Valor pagado o desembolsado (B)	Diferencia (A-B)	Fecha y número de la orden de pago correspondiente	Observaciones (si el valor pagado fue diferente al pactado en la minuta, describir breve justificación, descuentos y concepto de los mismos)
ALISTAMIENTO	$ 110.598.684	$ 110.598.684	$ -	245166625-16/07/25	
1	$ 110.598.684				
2	$ 110.598.684				
3	$ 110.598.684				
112	$ 6.000.000				
TOTAL	$ 448.394.736	$ 110.598.684	$ 337.796.052		

9. Descuentos/Liberaciones/Reducciones al valor (si aplica)

Fecha Descuento/Liberación/Reducción	Valor Descuento/Liberación/Reducción	Concepto Descuento/Liberación/Reducción

TOTAL		

10. Reintegros efectuados (si aplica)

Fecha reintegro	Valor reintegro	Comprobante reintegro	Concepto reintegro

11. Resumen ejecución presupuestal acumulado (aplica también para informe final)

Concepto		Valor
Valor inicial del convenio o contrato	Aporte inicial en dinero por EL ICBF	$ 448.394.736
	Aporte inicial en especie por EL ICBF	$ 0
	Aporte inicial en dinero por CONTRATISTA	$ 0
	Aporte inicial en especie por CONTRATISTA	$ 0
	Total	$ 448.394.736
Valor adiciones	Adición aporte ICBF	$ 0
	Adición aporte CONTRATISTA	$ 0
	Total	$ 448.394.736
Valor disminuciones	Disminuciones aporte ICBF	$ 0
	Disminuciones aporte CONTRATISTA	$ 0
	Total	$ 0
Valor total del convenio o contrato	Aporte dinero por EL ICBF	$ 448.394.736
	Aporte en especie por EL ICBF	$ 0
	Aporte en dinero por CONTRATISTA	$ 0
	Aporte en especie por CONTRATISTA	$ 0
	Total	$ 448.394.736
Valor total pagado por el ICBF		$ 110.598.884
Valor total ejecutado recursos del ICBF		$ 110.598.884
Recursos reintegrados al ICBF		$ 0
Valor consignaciones - rendimientos financieros (si aplica)*		$ 0
Valor total ejecutado recursos del CONTRATISTA		$ 0
Saldo pendiente por reintegrar al ICBF		$ 0
Saldo Pendiente por Pagar		**$ 337.796.052**
Saldo pendiente por liberar **		$ 0

** Para el informe final debe adjuntarse a este documento extractos de cuenta bancaria que soporten el valor reportado de rendimientos financieros, copias de consignaciones de rendimientos y certificación de la Dirección Financiera que avale dichas consignaciones*

*** El saldo pendiente por liberar corresponde a ¿En caso de existir saldos pendientes por liberar se deberán justificar las razones por la cuales dicho valor no fue ejecutado por el contratista)*

Fecha estado de cuenta 4/08/2025

12. Garantías

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia	
			Desde	Hasta
RESPONSABILIDAD CIVIL	SEGUROS DEL ESTADO	60-54-101001381	1/07/2025	31/10/2025
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		60-46-101004950	1/07/2025	30/04/2026
CALIDAD DEL SERVICIO			1/07/2025	30/04/2026
PAGO DE SALARIOS			1/07/2025	31/10/2028

Nota: *Es necesario ingresar las garantías de las modificaciones realizadas al contrato. Así mismo, la garantía de estabilidad de obra, debe estar previamente aprobada por la Dirección de Contratación o las Coordinaciones Jurídicas en las Regionales del ICBF, según sea el caso.*

13. Sanciones

Marque con una "X" el tipo de sanción impuesta al contratista

Tipo de Sanción (seleccionar sólo una x)			Número y fecha del acto administrativo que resuelve el proceso administrativo sancionatorio contractual.	Número y fecha del acto administrativo que resolvió el recurso (si aplica)	Fecha de ejecutoria del proceso administrativo sancionatorio contractual.	Valor de la sanción impuesta
Multa (art. 17 Ley 1150 de 2007)			N/A	N/A	N/A	N/A
Declaratoria de incumplimiento con cobro de perjuicios (art. 17 Ley 1150 de 2007)	Total		N/A	N/A	N/A	N/A
	Parcial		N/A	N/A	N/A	N/A
Caducidad (art. 14, 18 Ley 1150 de 2007)			N/A	N/A	N/A	N/A

14. Cumplimiento de Obligaciones

Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio	Cumplimiento (SI, NO, N/A)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste	Observaciones
1. Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el Informe mensual radicado # 20255440000076882. evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en carpeta General. Pdf. 1.Certificación RL folios 3 Requerimiento radicado 2025-543-000000-49791 tramitando en el periodo	
2. Cumplir con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales operativos, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos vigentes aplicables a la modalidad	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el Informe mensual radicado # 20255440000076882. evidencias en medio Magnetico CD.Ubicado en carpeta General. Pdf. 2.Certificación RL folios 3 Requerimiento radicado 2025-543-000000-49791 tramitando en el periodo	
3. Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias o redes vinculares de apoyo y dar aviso por escrito al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución, proponiendo alternativas de solución y realizar seguimiento para prevenir riesgos, teniendo en cuenta la guía de orientaciones. Así mismo informar a la autoridad administrativa con conocimiento del PARD cuando así lo amerite	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no se presentaron eventos Evidencias en medio Magnetico CD Requerimiento radicado 2025-543-000000-49791 tramitando en el periodo	
4. Presentar información y soportes que den respuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no se recibieron requerimientos de organismos de control Evidencias en medio Magnetico CD.	
5. Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el Informe mensual radicado # 20255440000076882. evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en carpeta General. Pdf. 5.Certificación RL folios 3	
6. Atender durante la ejecución del contrato, las visitas del ICBF, los requerimientos, instrucciones y recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones	SI	Requerimiento radicado 49791, respuesta, ampliación y cierre dentro del mismo periodo, remitidos en el informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882. evidencias en medio Magnetico CD. Ubicación Carpeta Generales. Ubicado en carpeta General Subcarpeta 6. Pdfs en 7 folios Requerimiento radicado 2025-543-000000-49791 tramitando en el periodo	
7. Entregar oportunamente, al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en la ejecución del contrato cuando así se requiera	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882,indicando que no se presentaron evidencias en medio Magnetico CD	
8. Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo "Buenas Practicas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente	SI	Certificado expedido por representante legal remitido en el informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882. evidencias en medio Magnetico CD.Ubicación Carpeta Generales. PDF 8 certificación RL folios 3	
9. Dar a conocer de manera inmediata ante la entidad y organismos competentes los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el Informe mensual radicado # 20255440000076882. evidencias en medio Magnetico CD.Ubicación Carpeta Generales. PDF.Certificación RL folios 3	
10. Abstenerse de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso, y notificar al supervisor del contrato y autoridades competentes cualquier hecho que se relacione con estas conductas.		Certificado firmado por representante legal remitido en el informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD.Ubicación Carpeta Generales. Subcarpeta 10. PDF certificación RL folios 3	

11. El contratista se compromete a asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejando constancia de su compromiso para brindar un trato respetuoso buscando generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y se comprometen a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que lo complementen	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD: Ubicación Carpeta Generales PDF 11 certificación RL, folios 3	
12. Constituir y cargar en SECOP las garantías requeridas dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, o cuando se registre una modificación de este, que lo amerite	SI	Copia pantallazo polizas SECOP, remitido en el informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD: Ubicación Carpeta Generales PDF Copia 12 Pantallazo secop, folios 2	
13. Promover acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad	SI	Certificación remitida en el informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD: Ubicación Carpeta Generales. PDF 13 Certificación RL folios 3	
14. Reportar por escrito y de forma inmediata al supervisor cualquier novedad o anomalía en la ejecución del contrato	SI	Notificación enviada a la supervisión, remitida en el informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD: Ubicación Carpeta Generales Subcarpeta 14. PDF Informació enviada folios 104	
15. Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato	SI	Certificado del representante legal remitido en el informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD: Ubicación Carpeta Generales Subcarpeta 15 PDF Copia Certificación RL Requerimiento radicado 2025-543-060000-49791 tramitando en el periodo	
Cumplimiento de Obligaciones Ténicas del Contrato y/o Convenio	**Cumplimiento (SI, NO, N/A)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste**	**Observaciones**
1. Atender 49 cupos en la modalidad Informado /Casa de Acogimiento para la población: Niñas, niños y adolescentes de 10 a 18 años, con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por las autoridades competentes al ICBF, según aplique (siempre y cuando exista disponibilidad de cupo) el operador no podrá negarse a recibir a los usuarios remitidos	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882 Carpeta 1 Tecnico: Sub-Carpeta 1 Archivo excel Planilla mes julio, Archivo Word Certificado obligación cupos contratados (2 folios), Archivo PDF Evasiones Mayo (23 folios) **Abandonos julio:** Archivos PDF (8 Folios). Carpeta **Ingresos julio:** Archivo PDF (12 Folios) Revisada la planilla y el certificado del mes de julio ingresos y egresos se encuentra Cupos contratados 49, Cupos completos 23, Cupos parciales 9,68 y no atendidos. 16,32	
2. Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención en físico que cumpla con los criterios establecidos en los documentos vigentes del ICBF. El Operador tendrá la obligación de mantener actualizado el anexo de historia de atención, de acuerdo con el proceso de cada una de las niñas, los niños, las y los adolescentes ubicados en la modalidad	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882, Carpeta 1 Tecnico: Sub-Carpeta 3 Archivo PDF Apertura carpetas julio (10 folios)	
3. Elaborar e implementar las estrategias, acciones o metodologías, acorde con el proceso de atención establecido en los documentos técnicos vigentes del ICBF y la Propuesta de Implementación y Clasificación PIYC aprobada en el periodo de tiempo establecido.	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882, Carpeta 1 Tecnico: Sub-Carpeta 3 Archivo PDF encuesta satisfación (9 folios), Archivo PDF Fortalecimiento vinculos julio (29 folios), Archivo PDF Evaluacion preliminar y consentimiento informado (35 folios), Archivo PDF Análisis de encuesta Julio (5 folios), Archivo Excel relacion herramienta de monitoreo Requerimiento radicado 2025-543-060000-49791 tramitando en el periodo	

4. Cumplir con el componente de alimentación y nutrición, acorde con lo establecido en los documentos técnicos vigentes, memorandos, requerimientos y/o directrices que emita el ICBF	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882. Carpeta Tecnico, Sub carpeta 4. Archivo PDF Control social Julio Formato GC-R-031 V1 (3 Folios)	
5. Elaborar e implementar los documentos para el control y seguimiento al suministro de alimentos - Servicio de alimentos, de acuerdo con la modalidad de alimentación vigente	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, Carpeta Tecnico, Sub carpeta 5. Archivo PDF Kardex julio (6 Folios), Archivo PDF Aval minutas (1 Folio)	
6. Garantizar disposición de los elementos de dotación de dormitorio, personal, de aseo e higiene, escolar y disponer del material lúdico deportivo, para entregar a los usuarios (as) en los tiempos y cantidades establecidas en los documentos técnicos vigentes del ICBF y hacer reposición de esta por uso y/o necesidad	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882 Carpeta 1 Tecnico, Sub-Carpeta 6 Carpeta Dotación de aseo 2 Archivos PDF (2 folios) Carpeta Dotación Inicial Archivo PDF Dotaciones Iniciales julio (9 folios) Carpeta Dotación Reposición Archivo PDF Dotación Reposición julio (5 folios)	
7. Informar y articular con la autoridad administrativa las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al Sistema de Educación Formal y a procesos de formación vocacional, pre laboral y laboral o según corresponda; esto último de acuerdo con la disponibilidad de oferta, características e intereses personales de las y los beneficiarios	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882. Carpeta 1 Tecnico, Sub-Carpeta 7 Archivo Matrices de excel de Salud y Educación Archivo PDF Acciones en salud (25 folios)	
8. Realizar acciones para la vinculación de los usuarios (as) en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882 Carpeta 1 Tecnico, Sub-Carpeta 8 Archivo PDF Ficha de matriculas (32 folios), Actas y firmas de asistencia diario vivir julio (38 folios), Archivo word evidencias diario vivir (19 Folios), Archivo Word Evidencias fotograficas cumpleaños (2 folios), Archivo word Evidencias fotograficas salida recreativa (4 folios), Archivo PDF Acta de cumpleaños (1 folio) y Archivo PDF de Acta salida recreativa (2 folios) Archivo PDF Certificado del componente tecnico punto 1 (1 folio)	
9. Realizar acciones para que la familia y/o red vincular de apoyo participe en el proceso de atención de los usuarios (as), acorde con lo establecido en los documentos técnicos vigentes del ICBF y con previa autorización de la Autoridad Administrativa	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882. Carpeta 1 Tecnico, Sub-Carpeta 9 Archivo PDF Certificado componente tecnico (1 folio), Archivo PDF Fortalecimiento de vinculos julio (29 folios), Archivo PDF encuestas satisfacción familiar julio (9 folios), Analisis encuestas de familias julio (5 folios), Archivo PDF Certificado del componente técnico punto 2 (1 folio)	
10. Contar con los mecanismos de control para garantizar que los medicamentos se mantengan al alcance de niños, niñas y adolescentes, y que su suministro se realice conforme a la fórmula médica expedida por la EAPB	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882. Carpeta 1 Tecnico, Sub-Carpeta 10 Archivo PDF Certificado cumplimiento componente tecnico julio, punto 3 (1 folio)	
11. Implementar medidas para impedir el acceso a objetos contundentes, armas de fuego u otros materiales que puedan representar un riesgo para su integridad personal o de terceros. Estas disposiciones deben estar contempladas en plan de acción, en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesta	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882 Carpeta 1 Tecnico, Sub-Carpeta 11 Archivo PDF certificacion componente técnico punto 4 (1 folio)	
12. Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de las niñas, niños y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos. Las evidencias de su implementación deben reposar en el anexo de la historia de atención de cada uno según corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a la modalidad.	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882 Carpeta 1 Tecnico, Sub-Carpeta 12 Archivo PDF Fortalecimiento grupal del mes de julio (11 folios) Requerimiento radicado 2025-543-000000-49791 tramitando en el periodo	
13. Presentar soporte de entrega del plan de acción vigente en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico a la Dirección Regional en los tiempos establecidos, así como las acciones y estrategias adelantadas para su ejecución	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882 Carpeta 1 Tecnico, Sub-Carpeta 12 Archivo excel Matriz Plan de acción Prevención del daño antijurídico	

14.Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la institución de acuerdo con lo establecido en la Política de Prevención del Daño Antijurídico.	SI	Informe mensual de prestacion de servicios con radicado # 20255440000076882 Carpeta 1 Tecnico, Sub-Carpeta 12 **Carpeta Guia de orientaciones_Acciones de prevenciones de accidente o lesiones:** Archivo PDF Incapacidad (5 folios), Correo novedad en salud (1 folio). **Carpeta Guia de orientaciones_ Acciones de detención y atención violencia:** Archivo PDF Traslado servicio de urgencias L S B (1 Folio). Archivo PDF Historia clinica L S B (9 folios), Archivo PDF Correos reportes de novedades (15 folios) y Archivo PDF Analisis Extraordinario L S B (2 folios)	
15. Elaborar e implementar un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad.	SI	Informe mensual de prestación de servicios con radicado # 20255440000076882 Carpeta 1 Tecnico, Sub-Carpeta 15 Archivo Excel cronograma	
Cumplimiento de Obligaciones Administrativas del Contrato y/o Convenio	**Cumplimiento (SI, NO, N/A)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste**	**Observaciones**
1. Disponer del talento humano en perfil y tiempo de dedicación exigido para el desarrollo del servicio, acorde con los documentos técnicos del ICBF y mantener actualizadas las carpetas del talento humano vinculado para la ejecución del contrato, las cuales deben incluir hoja de vida, soportes de estudio, tarjeta profesional (cuando aplique), Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM, Registro Unico de Talento Humano en Salud RETHUS (cuando aplique) certificaciones de experiencia, código ético firmado, contrato debidamente firmado, certificados de antecedentes (Contraloria, Procuraduria, Policia), registro nacional de medidas correctivas RNMC (inicial y con actualización trimestral), consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes inicial, antecedentes profesionales (cuando aplique), soportes de pago de seguridad social y documentos de compromiso de confidencialidad y de protección de datos firmados. Lo anterior, puede ser físico o magnético. Cada vez que se suscriba un nuevo contrato todos los documentos del talento humano deben ser actualizados. La contratación del talento humano que se requiera no podrá ser tercerizado.	SI	Tabla de talento humano y hojas de vida remitidas en el Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la Carpeta: Administrativo. Subcarpeta 1. Excel: Pamilla talento humano folio 1 Hojas de vida en 22 dafs Verificación en sitio visita administrativa y financiera acta # 192 Requerimiento radicado 2025-543-005000-49791 tramitando en el periodo	
2. Presentar mensualmente certificado emitido por el representante legal en el que haga constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil, tiempo y los requisitos exigidos en los documentos técnicos vigentes del ICBF, con la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas RNMC y con el tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la modalidad.	SI	Certificado firmado por respresentante legal y contadora remitido en el informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la Carpeta: Administrativo. Subcarpeta 2 Excel: Pamilla talento humano, 23 PDFs Certificado RL folios 2, tabla de talento humano folio 1	
3. Cumplir y mantener durante toda la ejecución del contrato, adecuadas condiciones locativas, de infraestructura, y dotación institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes.	SI	Certificado firmado por el representante legal remitido en el informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la Carpeta: Administrativo. PDF 3. Certificado RL folio 1	
4. Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa competente y al supervisor del contrato, de acuerdo con los procesos, procedimientos y orientaciones establecidos por la Oficina Asesora de Comunicaciones para el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa, que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el servicio. Aplica para universidades, ONG, periodistas, estudiantes, docentes, cooperantes, contratistas del ICBF, funcionarios del ICBF y cualquier otra persona	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no se presentaron solicitudes, evidencias en medio Magnetico CD	
5. Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa y al supervisor del contrato, para atender a los beneficiarios en otra sede la cual deberá estar reconocida en la licencia de funcionamiento vigente.	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no se presentaron solicitudes, evidencias en medio Magnetico CD	
6. Contar con los medios tecnológicos y de comunicaciones necesarios para registrar y transmitir la información oportuna al ICBF	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la Carpeta: Administrativo. Subcarpeta 6 PDF: Copia de certificado RL, folios 1	
7. Realizar oportunamente las confirmaciones de los ingresos y egresos de cada usuario (a), de acuerdo con las órdenes de los Defensores de Familia y Comisarios de Familia, en el Sistema de Información Misional del ICBF siempre y cuando el sistema se encuentre disponible y operando correctamente	SI	Informe mensual de prestación de servicios con radicado # 20255440000076882 Carpeta Componente administrativo: Sub-Carpeta 7 Obligacion contractual. Archivo excel Planilla julio. Archivo PDF Copia ingresos julio (12 folios).	

LOS DATOS PROPORCIONADOS ESTÁN REGULADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

8. Cumplir con las acciones establecidas en la Guía técnica para la metrología aplicable a los programas de los procesos misionales del ICBF vigente	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la nube Carpeta Administrativo, Sub carpeta 8. Archivo PDF Certificados Filtros San Rafael (1 Folio). Archivo PDF Metrologia Julio (5 Folios). Archivo JPEG Nevera (1 Folio).	
9. Realizar las gestiones de adquisición de alimentos de donación para la modalidad de atención en concordancia con los documentos técnicos vigentes según sea el caso, de acuerdo con los recursos destinados en el contrato para tal fin, cuando aplique	SI	Facturas en el Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la nube, Carpeta Administrativo, subcarpeta 9. PDF FSR1293 Compra de donación folios 1	
10. Contar con un banco de hojas de vida y proceso de selección que le permita cubrir antes de 10 días hábiles alguna vacante cuando se presente terminación de contrato o desvinculación del talento humano.	SI	Copia de proceso de selección remitido en el informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Ubicado en la nube: Carpeta Administrativo, Sub carpeta 10. PDF Copia proceso de selección, folio 2	
11. Contar con un programa que propenda por la estabilidad del talento humano vinculado para el desarrollo de la modalidad, con el fin de disminuir la rotación de personal en los servicios de atención	SI	Programa de bienestar institucional remitido en el Informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD.Ubicado en la nube Carpeta Administrativo, Sub carpeta 11 PDFs copia programa de bienestar folios 8	
12. Definir las acciones para dar cumplimiento a la Política Nacional de Cuidado en Colombia aprobada en febrero de 2025, en su rol como empleador definirá las acciones dirigidas al "cuidado de cuidador" al respecto podrá considerar alianzas o acciones propias con tiempos y objetivos	SI	Plan cuidado cuidador Fundación Faro - Reporte de sintomatología y Seguimiento de reuniones y actividades, remitidos en el Informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Ubicado en la nube Carpeta Administrativo, Sub carpeta 12. 3 PDFs Actividades ARL 1 folio, Plan cuidador 4 folios, Reporte de síntomas 21 folios	
13. Realizar la realización de un proceso de selección riguroso del talento humanos, y mantener evidencia de éste, de igual forma realizar procesos de evaluación que reflejan acciones preventivas, correctivas y de mejora que permita tomar decisiones oportunamente	SI	Certificado del representante legal, Plan de capacitaciones y programa de bienestar laboral remitidos en el Informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Ubicado en la nube, Carpeta Administrativo, Sub carpeta 13, 3 PDFs, Certificado 1 folio, Evaluación procedimiento 2 folios, Procedimiento 2 folios	
Cumplimiento de Obligaciones legales del Contrato y/o Convenio	**Cumplimiento (SI, NO, N/A)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste**	**Observaciones**
1. Mantener la licencia de funcionamiento vigente para el servicio objeto del presente contrato durante el plazo de ejecución	SI	Resolución 3420 del 9 de julio de 2025, remitida en el informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la nube en la Carpeta, Legal, Subcarpeta 1. PDF Resolución 3420 folios 4	
2. Suscribir el acta de inicio del contrato en coherencia con la fecha de aprobación de las pólizas en el SECOP II	SI	Acta de inicio #154 del día 01 de julio de 2025, firmada por representante legal y supervisora, remitida en el Informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la nube en la Carpeta, Legal, Subcarpeta 2. PDF Acta de inicio folios 2	
3. Suscribir todas las actas que se produzcan con ocasión de la ejecución del contrato	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no se suscribieron actas, evidencias en medio Magnetico CD	
4. Cumplir con las obligaciones laborales que como empleador se puedan generar con relación al contrato suscrito	SI	Certificado firmado por respresentante legal y transferencias de pago, remitidos en el Informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la nube en la Carpeta, Legal, Subcarpeta: 4, PDFs, Certificación cumplimiento folios 1, pago transferencias folios 2	

302

5. Presentar mensualmente las certificaciones expedidas por el representante legal de la entidad o revisor fiscal, según corresponda, donde conste que la misma se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral, como: i) aportes parafiscales, ii) aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral, iii) el pago de sueldos u honorarios en los tiempos establecidos para tal fin, según la vinculación laboral (no se admiten mora en los pagos); iv) el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores; v) el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros (en caso de evidenciarse presuntas irregularidades en la información se procederá a las denuncias respectivas según aplique)	SI	Certificado firmado por el representante legal remitido en el Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no recibieron solicitudes, evidencias en medio Magnetico CD Ubicado en la nube, carpeta Legal, Pdf, Certificado de cumplimiento folios 1	
6. Entregar de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios para atender requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control, reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no recibieron solicitudes, evidencias en medio Magnetico CD	
7. El contratista se obliga durante toda la ejecución del contrato a verificar periódicamente (cada cuatro meses) que su personal no se encuentra inscrito en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, conforme lo establecido en la Ley 2375 de 2024 y deberá archivar los soportes de dicha verificación debidamente actualizados y organizados. El incumplimiento de esta obligación se entenderá como un incumplimiento grave del contrato, y podrá dar lugar a la imposición de sanciones conforme al artículo 86 de la Ley 1474 de 2011.e procederá a las denuncias respectivas, según aplique)	SI	Antecedentes actualizados de los colaboradores remitidos en el informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Ubicados en la nube, Carpeta Legal, subcarpeta 7. Pdfe en 22 folios.	
Cumplimiento de Obligaciones Financieras del Contrato y/o Convenio	**Cumplimiento (SI, NO, N/A)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste**	**Observaciones**
1. Presentar durante los primeros quince (15) días de ejecución del contrato el presupuesto de ingresos y gastos de acuerdo con los clasificadores de costo establecidos para la modalidad, para la revisión y aprobación por parte del Supervisor dentro del mismo mes	SI	Acta de aprobación #177. Subida a sesap desde el primer mes de vigencia contractual. Ubicada en el expediente contractual, oficina jurídica Regional Quindío	
2. Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al mes vencido los soportes correspondientes para la expedición del certificado de cumplimiento, acorde con la cláusula séptima	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882 CD Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina jurídica Regional Quindío	
3. Presentar informe al finalizar el contrato, el cual contenga como mínimo: registro de cupos contratados y efectivamente atendidos mensualmente, logros y dificultades y aportes recibidos y su utilización	N/A		El informe se presentará al finalizar el contrato
4. Estructurar la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas – PUC- según la directriz que defina el ICBF, con sus soportes debidamente organizadas que identifiquen la implementación de las NIIF y de la información actualizada.	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882-, CD Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina jurídica Regional Quindío	
5. CUMPLIMIENTO DE LA LEY 2046 DE 2020, en cumplimento de esta ley, el contratista deberá invertir al menos el 30% de los recursos ejecutados para la compra de alimentos, adquiriéndolos directamente a los pequeños productores agropecuarios locales, productores de la agricultura campesina, familiar o comunitaria locales, organizaciones de estos productores o a las industrias y emprendimientos agroalimentarios que procesen materias primas adquiridas directamente a estos productores locales. Estas compras deberán realizarse apicando y cumpliendo con lo dispuesto en la guía "G5.ABS-Guía Orientadora para la Implementación de la Estrategia de Compras Locales" y deberán ser reportadas mensualmente al supervisor del contrato, haciendo uso de la última versión del formato "F1 G5 ABS-Formato seguimiento Compras Locales" o del medio que para tal efecto adopte el ICBF dentro del Sistema de Gestión de Calidad	SI	Presento con una base en el gasto de alimentación en JULIO por $22988107	
6. De conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.16 del Decreto 1650 de 2021, se deberá garantizar la provisión de bienes o servicios por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional, esta provisión se establece en un porcentaje del cinco por ciento (5%) de los bienes y servicios requeridos para la ejecución del contrato	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882-, CD Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina jurídica Regional Quindío	
7. Pagar oportunamente a los proveedores y presentar paz y salvo mensual o de acuerdo con su política de pago	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882-, CD Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina jurídica Regional Quindío	

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

8. Pagar contra entrega el, o los productos adquiridos a los pequeños productores y productores de la Agricultura Campesina, Familiar y Comunitaria, o de sus organizaciones. La forma de pago utilizada por el Contratista para realizar el pago de los productos a los pequeños productores y demás actores de la agricultura campesina familiar y comunitaria, o de sus organizaciones, se deberá realizar por transferencia bancaria a cuentas de ahorros, cuentas corrientes o transferencias a través de billeteras digitales, depósitos de bajo monto o transferencias a cuentas de ahorros de tramite simplificado (CATS). Para pagos en efectivo de requiere autorización previa del supervisor.	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el informe mensual de prestacion del servicio radicado #: 20255440000076982-, CD Acta de legalizacion financiera 192,Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina juridica Regional Quindio	
9. Facilitar de manera oportuna e integral, libros de registro, archivos, actas ,informes, expedientes y demás información financiera que le solicite el supervisor del contrato, esta información se debe suministrar completa en el lugar de ejecución del presente contrato y debe estar actualizada, de tal manera que permita verificar la ejecución del recurso de forma mensual acorde con lo establecido en los documentos y sus respectivos clasificadores de costo según aplique para la modalidad.	SI	Verificacion en sitio Acta financiera # 192 CD financiero Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina juridica Regional Quindio.	
10. Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de presupuesto, ingresos y gastos	N/A		En este periodo el operador no realizo solicitud de traslado de recursos
11. Ejecutar durante la vigencia del contrato los recursos asignados. No se podrán realizar compras con cargo a los recursos del contrato para ejecutar fuera del plazo contractual. Se debe llevar un control que identifique la compra, entrega y saldos de los bienes adquiridos con recursos del contrato de aporte.	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el informe mensual de prestación del servicio radicado #: 20255440000076982-, CD, Acta de legalizacion financiera 192 Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina juridica Regional Quindio	
12. Realizar en los tiempos acordados o establecidos para ello, el pago de las obligaciones adquiridas por parte del contratista, sin condicionar estos a la entrega de los recursos aportados por el ICBF del contrato de aporte.	SI	Certificado firmado por representante legal remitido en el informe mensual de prestación del servicio radicado #: 20255440000076982-, CD, Acta de legalizacion financiera 192,Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina juridica Regional Quindio	
13. Llevar la contabilidad por centro de costos de los recursos que le corresponde ejecutar del contrato, en la cual se identifique la fuente de recurso de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual, debidamente avalada por el contador, sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF.	SI	Verificacion en sitio. Acta financiera # 192. CD financiero, Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina juridica Regional Quindio.	
14. Reintegrar los recursos aportados, no ejecutados, ejecutados de forma indebida o que se utilicen en gastos diferentes a los reconocidos dentro de los clasificadores del costo aprobados para la modalidad, de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta el ICBF. Remitir al supervisor del contrato, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la consignación, copia del documento donde conste número del contrato, la operación que, por concepto de reintegros, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón la ejecución del contrato. El contratista puede autorizar que el ICBF descuente del saldo a favor, el valor correspondiente al reintegro que se llegase a causar. En el caso en que el contratista no reintegre o autorice el descuento del recurso, el supervisor de contrato puede descontar dicho recurso del saldo a favor antes de la terminación del contrato. PARÁGRAFO. Las consignaciones a que hace referencia esta obligación deben realizarse únicamente en la cuenta informada por escrito por el supervisor del contrato	N/A		En este periodo no realizaron consignaciones.
15. Presentar la información contable al supervisor y llevar cuenta bancaria de ahorros exclusiva para el contrato y en el caso que aplique y sea notificado por el supervisor debe tener cuenta maestra para el manejo de los recursos destinados para el presente contrato de conformidad con lo establecido en la Resolución 1400 del 24 de febrero de 2020 modificada por las Resoluciones 8300 de 2021 y 3944 de 2022	SI	Verificacion en sitio. Acta financiera # 192. CD financiero. Conciliacion bancaria, libro auxiliar de bancos, extracto del mes de julio, Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina juridica Regional Quindio	
16. Si el operador tiene contratos laborales con todos sus beneficios y maneja cuenta maestra, debe realizar las provisiones correspondientes (cesantías, intereses a las cesantías, primas legales, vacaciones, indemnizaciones y demás obligaciones laborales derivadas de la relación contractual) en la cuenta maestra	SI	Verificacion en sitio Acta financiera # 192 CD Ubicado one drive carpeta financiera, archivada en el expediente contractual, oficina juridica Regional Quindio	
17. Los traslados presupuestales entre clasificadores del gasto solo serán permitidos de manera excepcional, previa justificación técnica, financiera y operativa por parte del contratista, y requerirán autorización escrita y expresa del Supervisor del contrato.	N/A		En este periodo el operador no realizo solicitud de traslado de recursos
Cumplimiento de Obligaciones relacionadas con la Dotación adquirida o recibida por el contratista del Contrato y/o Convenio	**Cumplimiento (SI, NO, N/A)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste**	**Observaciones**
1. Suscribir acta de recibo y de entrega de los bienes muebles entregados por el ICBF al inicio y al final de la vigencia del presente contrato y adquiridos durante la ejecución del mismo con la respectiva relación de inventarios; bienes que quedarán bajo su custodia, serán su responsabilidad y deberán ser devueltos una vez se dé por terminado el contrato. Así mismo, se deberán actualizar y reportara la supervisión de contrato, con una periodicidad cuatrimestral las novedades presentadas en el inventario, siendo el supervisor responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF

2. Informar de manera inmediata al supervisor, una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con el traslado de las correspondientes facturas y demás soportes que apliquen	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
3. Si una vez se reciba la dotación por parte del contratista responsable de los bienes, en la verificación inicial encuentra inconsistencias; al confrontar la relación o acta de bienes que tiene a cargo contra el inventario físico realizado respecto de los bienes que le han sido suministrados para su servicio, comunicará por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recibo al servidor público encargado del control de inventarios -responsable de almacén- sobre las diferencias detectadas -faltantes y sobrantes- para que efectúe las verificaciones y correcciones si a ello hubiere lugar	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
4. Utilizar los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato conforme al uso legítimo autorizado	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
5. Responder por cualquier deterioro de los bienes muebles devolutivos, que no provenga del desgaste natural o que provenga del uso no autorizado por el ICBF.	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
6. Emplear la mayor diligencia en la conservación de los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato.	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
7. Efectuar las reparaciones y mantenimientos indispensables para la conservación de bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
8. Vigilar y custodiar los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perturbados por terceros. En caso de ocurrir cualquier perturbación a la tenencia, dar aviso al ICBF en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho.	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
9. Llevar la contabilidad de los bienes muebles por centro de costos, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico - y documentos administrativos vigentes que rijan para el programa, en los casos que aplique.	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
10. Informar al supervisor del contrato la existencia de siniestros dentro de los cinco (5) días hábiles a su ocurrencia.	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
11. Elaborar en coordinación con el delegado del ICBF el inventario de los elementos de dotación que sean adquiridos y entregados con recursos del ICBF, y entregarlo al supervisor del contrato para el respectivo procedimiento de ingreso y egreso de bienes que establezca el ICBF	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
12. Restituir mediante acta a la persona natural o jurídica que determine el ICBF a la terminación del contrato, los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF, según inventario inicial, salvo que al terminar el contrato los bienes hayan cumplido su vida útil y no puedan ser utilizados para el servicio. En este caso, se procederá conforme con lo establecido en el anexo técnico respectivo dado por el ICBF	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
13. Relacionar en acta, tanto al inicio como al final del contrato, los elementos propiedad del CONTRATISTA y puestos a disposición de las unidades de servicio, incluidos en el plan de trabajo	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF
14. Garantizar en caso de traslado o cierre de las unidades de servicio, que los elementos de dotación propiedad del ICBF sean transferidos a la nueva unidad, mediante acta de entrega, en presencia del supervisor del contrato, representante legal del contratista y del almacenista de la Regional cuando aplique	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF

15. Entregar al supervisor del contrato, la relación de actas de entrega a cada unidad de servicio, en la que se especifiquen los elementos entregados, la referencia, marca, serial, modelo en los casos que aplique, la cantidad y el estado en que se reciben. PARÁGRAFO PRIMERO. Las EAS serán responsables en los siguientes eventos: a. Cuando el hecho hubiere sobrevenido por culpa suya, inclusive levísima. b. Cuando por peligro del bien prestado o propio, haya preferido salvar el suyo, y c. Cuando expresamente haya aceptado la responsabilidad del caso fortuito. PARÁGRAFO SEGUNDO. La falta de reporte de los bienes muebles devolutivos adquiridos como dotación en el marco del contrato de aporte, o su no devolución a la finalización del contrato, harán incurrir al Contratista en responsabilidad contractual, disciplinaria, fiscal y penal. c. Baja de bienes muebles, se da cuando los elementos se encuentren totalmente inservibles o cuando existan bienes que contengan elementos o compuestos peligrosos, que si bien no generan problema durante su uso, pero se convierten en un peligro cuando se liberan al medio ambiente y que además presentan alto grado de deterioro, o que ya no son útiles para la entidad por estar en estado de inservibles, el supervisor de contrato deberá solicitar el inventario -responsable de almacén y en articulación con el CONTRATISTA clasificará el estado de bienes según su estado en deterioro, obsolescencia inservibles o reciclación. (sólo aplica para los bienes devolutivos) y mediante correo electrónico lo remitirá al responsable de almacén para que realice las gestiones correspondientes. Para los bienes clasificados como de CONSUMO se levantará un acta firmada por el supervisor y el CONTRATISTA o delegado, y desde la Unidad de Servicio se realizará la baja de bienes	N/A		No se entregaron bienes por parte del ICBF

Cumplimiento de Obligaciones recepción, almacenamiento, suministro, inventario y custodia de los alimentos de alto valor nutricional del Contrato y/o Convenio	Cumplimiento (SI, NO, N/A)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste	Observaciones
1. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, numero de identificación, teléfonos, horario de atención, numero de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes.	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Carpeta Bienestarina, Sub-Carpeta 1; Archivo PDF Bancos de firmas; Formato F1.IT1 MPM4 V1 (1 Folio), Archivo PDF Acta de compromiso de punto de entrega AAVN (1 Folio), Archivo JPEG Cambio de responsable (1 Folio), Archivo PDF Cambio suplente (1 Folio)	
2. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato y suministro de la alimentación a los adolescentes y jóvenes hombres y mujeres beneficiarios para la Modalidad de atención, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso, se podrá, donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF.	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Carpeta BIENESTARINA Archivo PDF Certificacion cumplimiento AAVN Julio Punto #1 (1 Folio).	
3. Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservación.	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882 evidencias en medio Magnetico CD Carpeta Bienestarina, Sub-Carpeta 3. Archivo PDF Bienestarina Julio (4 Folios), Archivo PDF Visita Bienestarina Julio (1 Folio)	
4. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y los que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes.	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Carpeta BIENESTARINA Archivo Jpeg Control saldos (1 Folio).	
5. Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro.	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Carpeta BIENESTARINA Archivo PDF Bienestarina Julio (4 Folios)	
6. Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el Instrumento Anexo 52 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega.	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Carpeta BIENESTARINA Archivo PDF Bienestarina Julio (4 Folios)	
7. Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN, en caso de que aplique.	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Carpeta BIENESTARINA Archivo PDF 1. Documentos de transportes AAVN (7 Folios), Archivo PDF 13 Certificacion cumplimiento AAVN Julio Punto # 3 (1 Folio)	
8. Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional.	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Carpeta BIENESTARINA Archivo PDF Visita Bienestarina Julio (1 Folio).	

9. Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Carpeta : Bienestarina, Sub-Carpeta 1. Archivo PDF Contro social Julio (3 Folios)	
10. Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF.	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Carpeta BIENESTARINA. Archivo PDF Visita Bienestarina (1 Folio)	
11. Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional.	NA		En el informe técnico de prestación del servicio, la entidad, en Excel (hoja de cálculo "Bienestarina"), correspondiente a la Obligación 11, registra que, para el periodo contractual, no se presentaron vencimientos ni averías de los AAVN
12. Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría.	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Carpeta BIENESTARINA. Archivo PDF Visita Bienestarina (1 Folio)	
13. Al finalizar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.	NA		A la fecha el contrato 5301001 0923 se encuentra vigente En caso que queden saldos de AAVN se informara al Centro Zonal ARMENIA SUR del ICBF Regional Quindío para realizar los traslados correspondientes de acuerdo a las indicaciones que imparta el ICBF.
Cumplimiento de Obligaciones Sige: Eje de calidad del Contrato y/o Convenio	**Cumplimiento (SI, NO, N/A)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste**	**Observaciones**
1. Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios.	SI	Acta inducció sige, Acta inducción codog etica, remitidos en el Informe mensual de prestacion del servicio radicado # 20255440000076882, Evidencias en medio Magnetico CD Ubicados en la nube carpeta: Sige subcarpeta: Eje de calidad y Subcarpeta: 1. Pdfs en 4 folios	
2. Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio	SI	Analisis y encuestas remitidos en el Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Ubicados en la nube carpeta: Sige subcarpeta: Eje de calidad y Subcarpeta: 2. Pdfs: Analisis en 10 folios, Analisis encuestas familias en 5 folios, Encuestas en un excel, Encuestas familias julio en 5 folios y encuestas julio 24 folios	
3. Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no se realizaron acciones de mejora en el periodo. Evidencias en medio Magnetico CD	
5. Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto contractual	SI	Apertura Buzon remitido en el informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD Ubicacion en la nube, Carpeta: Sige, Subcarpeta: Calidad: Subcarpeta: 4 PDFs: Buzon	
Cumplimiento de Obligaciones Sige: Eje de seguridad de la información del Contrato y/o Convenio	**Cumplimiento (SI, NO, N/A)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste**	**Observaciones**
1. Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato	SI	Compromiso de confidencialidad firmado por el representante legal remitido en el informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882. Evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la nube: Carpeta Sige, subcarpeta: Segundad de la información, Subcarpeta: 1 PDF Compromiso en 5 folios	
2. Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no se presentaron incidentes. Evidencias en medio Magnetico CD	

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

3. Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este	SI	Plan de recuperacion remitido en el informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la nube, Carpeta: Sige. Subcarpeta: Seguridad de la información. Subcarpeta: 3. PDF: Plan de recuperación folios: 1	
4. Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los aspectos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato	SI	Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, informando que el Formato de cumplimiento se remite en el segundo informe del operador. Evidencias en medio Magnético CD	
Cumplimiento de Obligaciones Sige: Eje de seguridad y salud en el trabajo del Contrato y/o Convenio	**Cumplimiento (SI, NO, N/A)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste**	**Observaciones**
1. Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019 o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente	SI	Certificado nombramiento remitido en el informe mensual de prestación del 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicación en la nube. Carpeta. Sige. Subcarpeta. SST. Subcarpeta. 1. PDF. Asignación en 1 folio	
2. Presentar matriz con la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato	SI	Matriz identificacion de peligros remitida en el informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD.Ubicación en la nube. Carpeta. Sige. Subcarpeta. SST. Subcarpeta. 2. Excel. Matriz riesgos en 1 folio.	
3. Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo	SI	Acta inducción remitida en el informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882. Evidencias en medio Magnetico CD. Ubicación en la nube. Carpeta. Sige. Subcarpeta. SST. Subcarpeta. 3. PDF. inducción en 3 folio.	
4. Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades.	SI	Informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, indicando que en el periodo no se realizo entrega de EPP, evidencias en medio Magnetico CD	
5. Presentar el concepto medico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato	SI	Examen medico ocupacional de los trabajadores remitidos en el informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicación en la nube. Carpeta. Sige. Subcarpeta. SST. Subcarpeta. 5. PDFs Copia examenes medicos, formadores 7 folios, talleristas folios 4, Nutricionistas folios 4, Profesionales folios 8	
6. Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias	SI	Plan de prevencion en el informe mensual de prestación del servicio, radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD.Ubicación en la nube. Carpeta. Sige. Subcarpeta. SST. Subcarpeta. 6. PDF. 65 folios	
Cumplimiento de Obligaciones Sige: Eje de gestión ambiental del Contrato y/o Convenio	**Cumplimiento (SI, NO, N/A)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste**	**Observaciones**
1. Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad	SI	Cumplimiento de buenas prpacticas remitido e ne informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la nube. Carpeta: Sige. subcarpeta. Ambiental. subcarpeta. 1. PDF. Cumplimiento en 3 folios	
2. Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio	SI	Concepto sanitario del 12 de junio de 2025, remitido en el informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD.Ubicado en la nube. Carpeta. Sige. subcarpeta. Ambiental. subcarpeta. 1. PDF. concepto en 5 folios	

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

3. Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la normatividad vigente.	SI	Formatos manejo adecuado de productos químicos, remitidos en el Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, evidencias en medio Magnetico CD. Ubicado en la nube Carpeta. Sige, subcarpeta: Ambiental subcarpeta: 1, en 6 PDFs y una imagen	
4. Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio, de acuerdo con la normatividad vigente. (aplica solo en caso de que se manejen combustibles en la unidad de servicio)	SI	Informe mensual radicado # 20255440000076882, indicando que en la sede no utiliza combustible, evidencias en medio Magnetico CD	
5. Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato.	SI	Evidencias de correos solicitud certificación remitidos en el Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no aplicaron para el periodo, evidencias en medio Magnetico CD Ubicado en la nube Carpeta. Sige, subcarpeta. Ambiental, subcarpeta: 5, en 2 PDFs	
6. Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados.	SI	Informe nacional de mantenimiento, informe técnico remitidos en el Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882, indicando que no aplicaron para el periodo evidencias en medio Magnetico CD Ubicado en la nube: Carpeta. Sige, subcarpeta: Ambiental, subcarpeta: 6, 2 PDFs	
7. Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección; manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente	SI	Plan de saneamiento remitido en el Informe mensual de prestación del servicio radicado # 20255440000076882 Evidencias en medio Magnetico CD Ubicado en la nube Carpeta. Sige, subcarpeta. Ambiental, subcarpeta 7 Pdf Plan de saneamiento en 74 folios	

(i) El Supervisor deberá registrar todas las obligaciones contenidas en la cláusula correspondiente del contrato/convenio. Para aquellas obligaciones cuyo cumplimiento no obedezca a un producto tangible, deberá señalar en la columna del "Documento que evidencia el cumplimiento", su concepto sobre el mismo.

(ii) Si el Supervisor establece que "no" se ha dado el cumplimiento a una obligación, dentro de uno de los informes periódicos, deberá indicar las razones por las cuales es así, y qué acciones se han tomado sobre dicho incumplimiento. Si el reporte de "no cumplimiento" se presenta en el Informe Final de Supervisión, el supervisor deberá allegar copia y presentar reporte de las acciones adelantadas frente al mismo. Si el supervisor señala que una obligación "N/A" sólo podrá ser relacionada con algunos periodos en los que esa obligación específica no sea requerida.

(iii) El supervisor deberá relacionar todos los documentos que evidencien el cumplimiento de la obligación correspondiente, relacionados con actas de entrega a satisfacción o de reuniones; informes, certificaciones, comunicaciones, oficios, memorandos, y en general cualquier documento que pruebe que la obligación fue efectivamente cumplida. Deberá igualmente indicar el folio del documento y su ubicación.

(iv) El supervisor deberá señalar en "Observaciones" cualquier información que considere relevante relacionada con el cumplimiento de la obligación. El diligenciamiento de esta columna no es obligatorio.

15. Seguimiento a matriz de riesgos

Realizó seguimiento a la matriz de riesgos del presente contrato/convenio?	SI	X	NO	
Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia?	SI		NO	X
Detalle cual(es) riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia:				
Observaciones adicionales:				

Si hay algún riesgo que se materializó o que tiene alta probabilidad de ocurrencia debe informarse a la **Dirección de Contratación de la Sede de la Dirección General.**

16. Certificación

El supervisor, con la suscripción del presente informe, certifica que el contratista cumplió con su obligación de acreditar los pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Fecha emisión de informe 11 de agosto de 2025

Firma
JHOVANA ZAPATA HENAO- Supervisora de Contratos
Profesional Especializado

Firma
LILIANA SUAREZ BELTRAN
Financiera - Equipo de apoyo a la supervisión

Firma
ALBA MARCELA NARVAEZ OSORIO
Abogada - Equipo de apoyo a la supervisión

Firma
LICETH YULIANY MONROY RENDON
Nutricionista - Equipo de apoyo a la supervisión

Firma
CLAUDIA ESMAIRA ARCINIEGAS OJOJA
Trabajadora Social - Equipo de apoyo a la supervisión

Firma
JULIANA MEJIA LOPEZ
Psicóloga- Equipo de apoyo a la supervisión

Firma
JIRLEY JOHANA RAMIREZ
Pedagoga - Equipo de apoyo a la supervisión

Nota. Si se requiere la firma de más personas que intervinieron en el ejercicio de supervisión se podrán incluir