la practica la psicóloga de la comisaria cuarta de familia turno 3, dejando constancia de no abordaje por el área de trabajo social, teniendo en cuenta que la titular del cargo se encuentra en periodo de compensación y no ha designado profesional por parte de la alcaldía de villavicencio.

Que el dia 16 de enero del presente año se realizó verificación de derechos a favor del niño **EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO** identificada con R.C. No. 1.029.968.223 de 8 años de edad, según la ley 1098 de 2006, modificada por la ley 1878 de 2018 y se puede inferir que los siguientes derechos son vulnerados, garantizados o amenazados:

Que el dia 16 de enero del presente año se realizó verificación de derechos a favor del niño **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO** identificada con T.I. No. 1.123.813.980 de 14 años de edad, según la ley 1098 de 2006, modificada por la ley 1878 de 2018 y se puede inferir que los siguientes derechos son vulnerados, garantizados o amenazados:

Derechos Vulnerados y/o amenazados:
Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano: **VULNERADO**
Artículo 18. Derecho a la integridad personal: **VULNERADO**
Artículo 20. Derecho a la protección: **VULNERADO.**
Artículo 24. Derecho a los alimentos: GARANTIZADO.
Artículo 25. Derecho a la identidad: GARANTIZADO.
Artículo 27. Derecho a la salud: GARANTIZADO.
Artículo 28. Derecho a la educación: GARANTIZADO.

Que de la verificación de derechos practicada por la psicóloga de la Comisaria de Familia se extraen las siguientes conclusiones y recomendaciones:

" ***Concepto valoración psicológica de verificación de derechos***

NNA que asiste a proceso de valoración con su progenitora, se realiza verificación de derechos, debido al proceso VIF 18/ 2023, estado emocional caracterizado por ira y frustración, según el relato del NNA es víctima de presunto maltrato físico y emocional por su progenitor, pese a esto, según lo relatado por el menor presente episodios de ira descontrolada y frustración constante hacia su progenitor, se percibe un vínculo afectivo con el progenitor conflicto y hostil, así mismo, expresa sentimiento de vergüenza hacia su figura paterna, no obstante, se percibe un vínculo afectivo fuerte con su progenitora, aun así, la relación con el progenitor ha generado un impacto negativo en su bienestar psicológico, emocional y social.

De esta misma manera asiste su hermana menor con quien se realiza verificación y se evidencia es víctima de presunta violencia por exposición por parte de su progenitor, con afectación emocional, sentimientos en tristeza y miedo.

Se sugiere a la autoridad administrativa dar Apertura al proceso administrativo de restablecimiento de derechos, según la intervención se observa derechos vulnerados como el Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano, Artículo 18. Derecho a la integridad personal y 20. Derecho a la protección.

Conclusiones y recomendaciones:

Con base a la información recopilada se encuentran hechos que consolidan sugerir a la autoridad administrativa dar apertura al Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos PARD.

Se recomienda que el NNA continúe con el proceso terapéutico, así mismo, este sea manera continua donde se priorice el abordaje de emociones relacionadas con la ira, gestión y regulación emocional, validación emocional, trauma infantil, relaciones de apego disfuncionales y fortalecimiento de relaciones familiares.

Se recomienda a la autoridad administrativa establecer visitas supervisadas en las instalaciones de Comisaria de Familia, con el objetivo de reconstruir el vínculo afectivo paterno - filial, el cual se encuentra deteriorado debido a la presunta violencia física y psicológica.

Se recomienda solicitar a la Fundación para el desarrollo de la Orinoquia FUNDEPRO atención psicológica especializada para el menor y sus progenitores.

Que la ley 1098 de 2006, establece el derecho a la integridad personal, así:

> *"Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario.*
>
> *Para los efectos de este Código, se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona."*

Que este despacho es competente para asumir el conocimiento y apertura de proceso administrativo de restablecimiento de derechos, de acuerdo a lo establecido con el artículo 5° de la Ley 2126 de 2021.

Por lo anteriormente expuesto la Comisaria Cuarta de Familia Turno 3

ORDENA:

1. Avocar conocimiento del proceso administrativo de restablecimiento de derechos a favor de la menor **EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO** identificada con R.C. No. 1.029.968.223 de 8 años de edad.
2. Adoptar como medida provisional de restablecimiento de derechos a favor de la menor **EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO** identificada con R.C. No. 1.029.968.223 de 8 años de edad, ubicación en medio familiar con red familiar extensa, esto es, con tía por línea materna, señora **MERY ESTELA PALACIO RESTREPO**, identificada con la C.C. 30.045.072 de Buenos Aires Pacoa, residente en la manzana 9 casa 29 barrio la Antonia en Villavicencio, celular de contacto 3229394119, de acuerdo a lo establecido en el artículo 53 # 3 de la ley 1098 de 2006, quien se encargará de cuidar provisionalmente, al menor EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO.
   De acuerdo a lo establecido en el artículo 53 # 1 de la ley 1098 de 2006, Amonestar a los padres o las personas responsables del cuidado del niño, niña o adolescente sobre el cumplimiento de las obligaciones que les corresponden o que la Ley les impone, con la obligación de acudir a curso pedagógico sobre derechos de la niñez, a cargo de la Defensoría del Pueblo, so pena de multa convertible en arresto de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53, 54 y 55 de la Ley 1098 de 2006. Oficiar en tal sentido.
3. De conformidad con el numeral 6 del artículo 53 de la Ley 1098 de 2006, se ordena regular de manera provisional visitas entre el progenitor, señor MARCO JOSÉ MEDINA ROA, y su hija EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO, de manera supervisada una vez al mes en las instalaciones de la comisaría de familia cuarta turno 3, a efectos de establecer vinculo paterno

filial y propender por escenarios más seguros para la integridad del menor, de acuerdo a lo consignado en el informe de verificación de derechos. Comunicar la presente decisión a ambos progenitores.

4. De conformidad con el numeral 6 del artículo 53 de la Ley 1098 de 2006, y el literal J) del artículo 60 de la Ley 2197 de 2022 que modifica el artículo 17 de la Ley 2126 e 2021, se regula de manera provisional como cuota alimentaria a favor de la niña **EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO, lo siguiente: El progenitor, señor MARCO JOSE MEDINA ROA identificado con C.C. No. 1.121.892.586** se le impone y fija de manera provisional, una cuota alimentaria mensual por la suma de **TRESCIENTOS MIL PESOS MENSUALES ($300.000)Mcte**, los cuales deberá consignar de manera mensual, los cinco (05) primeros días de cada mes, a la cuenta bancaria o el medio que le sea informado por la señora MERY PALACIOS, en calidad de tía materna y cuidadora asignada de manera provisional. La señora MERY PALACIOS, comunicará el número de cuenta o el medio que empleará para la recepción de la cuota alimentaria, vía WhatsApp o mediante mensaje al correo electrónico marcoss920913@gmail; La **progenitora, señora EDELMIRA SAMANIEGO PALACIOS,** identificada con la C.C. 1.121.885.018 de Villavicencio se le impone y fija de manera provisional, una cuota alimentaria mensual por la suma de **DOSCIENTOS MIL PESOS MENSUALES ($200.000)Mcte**, los cuales deberá consignar de manera mensual, los cinco (05) primeros días de cada mes, a la cuenta bancaria o el medio que le sea informado por la señora MERY PALACIOS, en calidad de tía materna y cuidadora asignada de manera provisional. La señora MERY PALACIOS, comunicará el número de cuenta o el medio que empleará para la recepción de la cuota alimentaria, vía WhatsApp o mediante mensaje al correo electrónico edelpalaci92@gmail.com.
   La cuota alimentaria cobija lo relacionado con los alimentos de EMILY ALEJANDRA. Los gastos de educación, deben ser asumidos por ambos padres en partes iguales; los gastos de salud que no cubra el POS, serán asumidos de igual manera por ambos padres en partes iguales. Los gastos de salud incluyen el pago de copagos para acceso a citas médicas o practica de exámenes o procedimientos ordenados por médicos tratantes, gastos de pasajes para traslado a citas médicas. Comunicar la presente decisión a ambos progenitores y la misma se mantiene hasta audiencia que defina la situación jurídica de **EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO.**

   Ordenar la Practica de las siguientes Pruebas y Diligencias:

5. Incorporar a la historia de atención el informe de verificación de derechos emitido por el equipo psicosocial adscrito a esta comisaría de familia y demás documentos adjuntos con la denuncia, y otórguesele el valor probatorio en su oportunidad legal.
6. Identificar y citar a los representantes legales de la menor **EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO** identificada con R.C. No. 1.029.968.223 de 8 años de edad, a las personas con quienes conviva o sean responsables de su cuidado, o de quienes de hecho la tuvieren a su cargo (cuidadores), a fin de ser notificados del presente auto de apertura de diligencias de restablecimiento de derechos, Una vez notificados, correr traslado de la solicitud por el término de 05 días, a las personas interesadas o implicadas, para que se pronuncien y aporten las pruebas que deseen hacer valer.
7. Incorporar los informes emitidos por parte de los profesionales que integran el equipo técnico interdisciplinario, las entrevistas y demás actuaciones realizadas durante la verificación de la garantía de derechos y el seguimiento a la medida de restablecimiento de derechos.
8. Solicitar a la trabajadora social de la Comisaria de Familia que corresponda, concepto e informes sobre la situación sociofamiliar, aspectos socio económicos, redes vinculantes, factores de vulnerabilidad y de protección de la menor **EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO** identificada

con R.C. No. 1.029.968.223 de 8 años de edad, verificando situación sociofamiliar de cuidadores y/o familiares de quienes dependa o se llegaré a verificar para cambio de medida. Los informes rendidos deben ser incorporados al proceso y otórgueseles el valor probatorio en la oportunidad legal pertinente.

9. Solicitar a la psicóloga de la Comisaria de Familia, concepto e informes sobre la situación psicológica de la menor **EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO** identificada con R.C. No. 1.029.968.223 de 8 años de edad, Los informes rendidos deben ser incorporados al proceso y se otorgará el valor probatorio en la oportunidad legal pertinente.
10. Comunicar al representante del Ministerio Público sobre la apertura del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, con el objeto de que este intervenga como garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
11. Recibir declaración de parte de los progenitores y demás personas de acuerdo a la investigación.
12. Incorporar el Registro civil de nacimiento de la menor **EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO** identificada con R.C. No. 1.029.968.223 de 8 años de edad, o adelantar las diligencias tendientes a su consecución; dictámenes, certificaciones de salud o académicos para que hagan parte de la presente Historia de Atención.
13. De conformidad con el artículo 104 de la Ley 1098 de 2006, oficiar con miras de comisión y poder de investigación, a los empleadores de los progenitores de los niños, con el fin de establecer la solvencia económica de los progenitores, estableciendo tipo de vinculación laboral, asignaciones salariales como contraprestación al vínculo laboral y termino de ejecución del contrato. Oficiar en tal sentido.
14. Identificar a los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar que coadyuven al restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes y ordenar la vinculación del menor de edad a los programas o servicios que ellos prestan.

Nota: Contra este auto no procede recurso alguno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 99 de la Ley 1098 de 2006, modificado por el artículo 3° de la ley 1878 de 2018.

Notifíquese y Cúmplase,

GINA LORENA ROMERO CORREDOR
Comisaria de Familia Cuarta Turno 3

Notifíquese y Cúmplase,

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
VoBo.	N/A	N/A
Revisó: N/A	N/A	N/A
Elaboró: Gina Lorena Romero Corredor	Comisaria Cuarta de Familia	

Comisaría de Familia Cuarto turno 3
Villavicencio - Meta

NOTIFICACIÓN POR ESTADO

El auto anterior se notificó por anotación en estado del (fecha) siendo las (hora)

KARENN STEFANNY PALACIOS CASTAÑEDA
SECRETARÍA

Si la providencia se notifica por estado se debe incluir esta constancia

COMISARIA DE FAMILIA 4 DE VILLAVICENCIO

AUTO No. 005
(21 de enero de 2025)
"POR MEDIO DEL CUAL SE INICIA UNA INVESTIGACIÓN ADMINISTRATIVA Y SE ADOPTAN MEDIDAS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS"

1151-63.35
PARD005/2025-T3

Villavicencio, veintiuno (21) de enero del año Dos Mil Veinticinco (2025), la suscrita Comisaria de Familia Cuarta de Villavicencio, en uso de sus facultades legales y de manera especial en las conferidas en los artículos 87, 99 y 100 de la Ley 1098 de 2006, modificados por la Ley 1878 de 2018 y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 1098 de 2006 numerales 1 y 19 y el artículo 3°de la Ley 1878 de 2018, Ley 2126 de 2021, en concordancia con las normas nacionales e internacionales en materia de derechos de infancia y adolescencia, por medio del presente Auto, apertura la investigación administrativa de restablecimiento de derechos a favor de la menor **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO** identificada con T.I. No. 1.123.813.980 de 14 años de edad, con fundamento en los siguientes hechos; de acuerdo a presentación personal que realiza la señora EDELMIRA SAMANIEGO PALACIO identificada con C.C. No. 1.121.885.018 en fecha 18 de enero de 2025, en el marco de audiencia de conciliación para regular lo relacionado con la custodia y cuidado personal de los hijos en común con el progenitor de los niños señor **MARCO JOSE MEDINA ROA** , identificado con la C.C. 1.121.892.586 de Villavicencio, relatando los siguientes hechos: *"Yo vine hoy a celebrar una audiencia de conciliación con el papá de mis hijos, porque por situación laboral y mejor remuneración, debo irme a trabajar al Amazonas. Yo eso ya lo hablé con mis hijos, y mi idea era llevarme a mis hijos, pero sé que allá el servicio de salud y educación no es muy bueno, y no quiero afectar a mis hijos. Yo el año pasado, desde el mes de mayo yo viaje hasta el 21 de diciembre de 2024, y allá estaba yo trabajando, y todo lo que gané se lo di al papá de mis hijos, que estuvo aquí cuidando mis niños mientras yo regresaba, y pues él se quedó manejando mi tarjeta debito donde me consignaban mi sueldo. Bueno, a raíz de mi nuevo viaje, hable con mis hijos sobre eso, y pues de la posibilidad de quedarse viviendo con el papá, y mi hijo me dijo que no, que no quería seguir viviendo con el papá, porque durante el tiempo que estuvo aquí, mientras yo estaba allá, lo había maltratado, y que lo hacía varias veces en la semana y que eso lo hacia delante de la niña, y la niña lo defendía, y por defenderlo, la amenazaba a ella con pegarle. Realmente eso me llena de mucha tristeza, esas cosas yo no las sabía y las venía a hablar con él hoy aquí, porque según él, es un buen papá, pero no veo que de verdad lo sea, le hace cosas a mis hijos que no están bien, y ellos son unos niños, debemos tenerles paciencia, y si tanto habla él del diagnóstico de salud de mi hijo, que son varios diagnósticos, porque no tiene ejemplo, por qué no lo trata bien!, el niño le tiene miedo a él, me dice que no quiere volver a verlo, y que quiere estar lejos de él, y mi hija pues también le tiene miedo a raíz de las cosas que le ha hecho al niño, de maltratarlo y decirle cosas feas. Con la niña también ha sido grosero, también le ha dicho palabras feas y también la ha castigado físicamente. Yo quisiera que me ayudarán con mis hijos, porque veo que él no deja de tratarlos mal, que es como si se desquitará con ellos, y no debe maltratarme los niños, yo quiero establecer que salgo de la ciudad por asuntos de trabajo y que estaré regresando en menos de 6 meses y cada uno de nosotros debemos aportar económicamente para el cuidado de los niños y todo lo de su colegio, el médico, las citas médicas, porque veo que él no quiere como venir, como dar la cara, y yo viajo y no quiero que mis hijos se queden sufriendo ni a la deriva, porque ellos quieren a mi tía, la ven como su abuela, y ha sido un apoyo importante para mis hijos. Quiero que le hagan verificación de derechos a mis hijos y desde aquí tomen la mejor decisión a favor de mis hijos."* Un folio.

Que el de conformidad con lo preceptuado por el artículo 52 de la ley 1098 de 2006, modificado por el artículo 1° de la ley 1878 de 2018, es deber de la autoridad administrativa ordenar a su equipo técnico interdisciplinario la verificación de la garantía de derechos consagrados en el Título I Capítulo II de la referida codificación y por tanto a ello se procederá. Se deja constancia, que la verificación de derechos

la practica la psicóloga de la comisaria cuarta de familia turno 3, dejando constancia de no abordaje por el área de trabajo social, teniendo en cuenta que la titular del cargo se encuentra en periodo de compensación y no ha sido designado profesional por parte de la alcaldía de villavicencio.

Que el dia 16 de enero del presente año se realizó verificación de derechos a favor del niño **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO** identificada con T.I. No. 1.123.813.980 de 14 años de edad, según la ley 1098 de 2006, modificada por la ley 1878 de 2018 y se puede inferir que los siguientes derechos son vulnerados, garantizados o amenazados:

Derechos Vulnerados y/o amenazados:
Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano: **VULNERADO**
Artículo 18. Derecho a la integridad personal: **VULNERADO**
Artículo 20. Derecho a la protección: **VULNERADO.**
Artículo 24. Derecho a los alimentos: GARANTIZADO.
Artículo 25. Derecho a la identidad: GARANTIZADO.
Artículo 27. Derecho a la salud: GARANTIZADO.
Artículo 28. Derecho a la educación: GARANTIZADO.

Que de la verificación de derechos practicada por la psicóloga de la Comisaria de Familia se extraen las siguientes conclusiones y recomendaciones:

" ***Concepto valoración psicológica de verificación de derechos***

NNA que asiste a proceso de valoración con su progenitora, se realiza verificación de derechos, debido al proceso VIF 18/ 2023, estado emocional caracterizado por ira y frustración, según el relato del NNA es víctima de presunto maltrato físico y emocional por su progenitor, pese a esto, según lo relatado por el menor presente episodios de ira descontrolada y frustración constante hacia su progenitor, se percibe un vínculo afectivo con el progenitor conflicto y hostil, así mismo, expresa sentimiento de vergüenza hacia su figura paterna, no obstante, se percibe un vínculo afectivo fuerte con su progenitora, aun así, la relación con el progenitor ha generado un impacto negativo en su bienestar psicológico, emocional y social.

De esta misma manera asiste su hermana menor con quien se realiza verificación y se evidencia es víctima de presunta violencia por exposición por parte de su progenitor, con afectación emocional, sentimientos en tristeza y miedo.

Se sugiere a la autoridad administrativa dar Apertura al proceso administrativo de restablecimiento de derechos, según la intervención se observa derechos vulnerados como el Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano, Artículo 18. Derecho a la integridad personal y 20. Derecho a la protección.

Conclusiones y recomendaciones:

Con base a la información recopilada se encuentran hechos que consolidan sugerir a la autoridad administrativa dar apertura al Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos PARD.

Se recomienda que el NNA continúe con el proceso terapéutico, así mismo, este sea manera continua donde se priorice el abordaje de emociones relacionadas con la ira, gestión y regulación emocional, validación emocional, trauma infantil, relaciones de apego disfuncionales y fortalecimiento de relaciones familiares.

Se recomienda a la autoridad administrativa establecer visitas supervisadas en las instalaciones de Comisaria de Familia, con el objetivo de reconstruir el vínculo afectivo paterno - filial, el cual se encuentra deteriorado debido a la presunta violencia física y psicológica.

Se recomienda solicitar a la Fundación para el desarrollo de la Orinoquia FUNDEPRO atención psicológica especializada para el menor y sus progenitores.

Que la ley 1098 de 2006, establece el derecho a la integridad personal, así:

> *"Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario.*
>
> *Para los efectos de este Código, se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona."*

Que este despacho es competente para asumir el conocimiento y apertura de proceso administrativo de restablecimiento de derechos, de acuerdo a lo establecido con el artículo 5° de la Ley 2126 de 2021.

Por lo anteriormente expuesto la Comisaria Cuarta de Familia Turno 3

ORDENA:

1. Avocar conocimiento del proceso administrativo de restablecimiento de derechos a favor de la menor **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO** identificada con T.I. No. 1.123.813.980 de 14 años de edad.
2. Adoptar como medida provisional de restablecimiento de derechos a favor de la menor **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO** identificada con T.I. No. 1.123.813.980 de 14 años de edad, ubicación en medio familiar con red familiar extensa, esto es, con tía por línea materna, señora **MERY ESTELA PALACIO RESTREPO**, identificada con la C.C. 30.045.072 de Buenos Aires Pacoa, residente en la manzana 9 casa 29 barrio la Antonia en Villavicencio, celular de contacto 3229394119, de acuerdo a lo establecido en el artículo 53 # 3 de la ley 1098 de 2006, quien se encargará de cuidar provisionalmente, al menor JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO.
   De acuerdo a lo establecido en el artículo 53 # 1 de la ley 1098 de 2006, Amonestar a los padres o las personas responsables del cuidado del niño, niña o adolescente sobre el cumplimiento de las obligaciones que les corresponden o que la Ley les impone, con la obligación de acudir a curso pedagógico sobre derechos de la niñez, a cargo de la Defensoría del Pueblo, so pena de multa convertible en arresto de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53, 54 y 55 de la Ley 1098 de 2006. Oficiar en tal sentido.
3. De conformidad con el numeral 6 del artículo 53 de la Ley 1098 de 2006, se ordena regular de manera provisional visitas entre el progenitor, señor MARCO JOSÉ MEDINA ROA, y su hijo JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO, de manera supervisada una vez al mes en las instalaciones de la comisaría de familia cuarta turno 3, a efectos de establecer vinculo paterno filial y propender por escenarios más seguros para la integridad del menor, de acuerdo a lo consignado en el informe de verificación de derechos. Comunicar la presente decisión a ambos progenitores.
4. De conformidad con el numeral 6 del artículo 53 de la Ley 1098 de 2006, y el literal J) del artículo 60 de la Ley 2197 de 2022 que modifica el artículo 17 de la Ley 2126 e 2021, se regula de manera

provisional como cuota alimentaria a favor del niño **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO, lo siguiente: El progenitor, señor MARCO JOSE MEDINA ROA identificado con C.C. No. 1.121.892.586** se le impone y fija de manera provisional, una cuota alimentaria mensual por la suma de **TRESCIENTOS MIL PESOS MENSUALES ($300.000)Mcte**, los cuales deberá consignar de manera mensual, los cinco (05) primeros días de cada mes, a la cuenta bancaria o el medio que le sea informado por la señora MERY PALACIOS, en calidad de tía materna y cuidadora asignada de manera provisional. La señora MERY PALACIOS, comunicará el número de cuenta o el medio que empleará para la recepción de la cuota alimentaria, vía WhatsApp o mediante mensaje al correo electrónico marcoss920913@gmail; La **progenitora, señora EDELMIRA SAMANIEGO PALACIOS,** identificada con la C.C. 1.121.885.018 de Villavicencio se le impone y fija de manera provisional, una cuota alimentaria mensual por la suma de **TDOSCIENTOS MIL PESOS MENSUALES ($200.000)Mcte**, los cuales deberá consignar de manera mensual, los cinco (05) primeros días de cada mes, a la cuenta bancaria o el medio que le sea informado por la señora MERY PALACIOS, en calidad de tía materna y cuidadora asignada de manera provisional. La señora MERY PALACIOS, comunicará el número de cuenta o el medio que empleará para la recepción de la cuota alimentaria, vía WhatsApp o mediante mensaje al correo electrónico edelpalaci92@gmail.com.

La cuota alimentaria cobija lo relacionado con los alimentos de JUAN SEBASTIAN. Los gastos de educación, deben ser asumidos por ambos padres en partes iguales; los gastos de salud que no cubra el POS, serán asumidos de igual manera por ambos padres en partes iguales. Los gastos de salud incluyen el pago de copagos para acceso a citas médicas o practica de exámenes o procedimientos ordenados por médicos tratantes, gastos de pasajes para traslado a citas médicas. Comunicar la presente decisión a ambos progenitores y la misma se mantiene hasta audiencia que defina la situación jurídica de **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO.**

Ordenar la Practica de las siguientes Pruebas y Diligencias:

5. Incorporar a la historia de atención el informe de verificación de derechos emitido por el equipo psicosocial adscrito a esta comisaría de familia y demás documentos adjuntos con la denuncia, y otórguesele el valor probatorio en su oportunidad legal.
6. Identificar y citar a los representantes legales de la menor **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO** identificada con T.I. No. 1.123.813.980 de 14 años de edad, a las personas con quienes conviva o sean responsables de su cuidado, o de quienes de hecho la tuvieren a su cargo (cuidadores), a fin de ser notificados del presente auto de apertura de diligencias de restablecimiento de derechos, Una vez notificados, correr traslado de la solicitud por el término de 05 días, a las personas interesadas o implicadas, para que se pronuncien y aporten las pruebas que deseen hacer valer.
7. Incorporar los informes emitidos por parte de los profesionales que integran el equipo técnico interdisciplinario, las entrevistas y demás actuaciones realizadas durante la verificación de la garantía de derechos y el seguimiento a la medida de restablecimiento de derechos.
8. Solicitar a la trabajadora social de la Comisaria de Familia que corresponda, concepto e informes sobre la situación sociofamiliar, aspectos socio económicos, redes vinculantes, factores de vulnerabilidad y de protección de la menor **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO** identificada con T.I. No. 1.123.813.980 de 14 años de edad, verificando situación sociofamiliar de cuidadores y/o familiares de quienes dependa o se llegaré a verificar para cambio de medida. Los informes rendidos deben ser incorporados al proceso y otórgueseles el valor probatorio en la oportunidad legal pertinente.

9. Solicitar a la psicóloga de la Comisaria de Familia, concepto e informes sobre la situación psicológica de la menor **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO** identificada con T.I. No. 1.123.813.980 de 14 años de edad, Los informes rendidos deben ser incorporados al proceso y se otorgará el valor probatorio en la oportunidad legal pertinente.
10. Comunicar al representante del Ministerio Público sobre la apertura del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, con el objeto de que este intervenga como garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
11. Recibir declaración de parte de los progenitores y demás personas de acuerdo a la investigación.
12. Incorporar el Registro civil de nacimiento de la menor **JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO** identificada con T.I. No. 1.123.813.980 de 14 años de edad, o adelantar las diligencias tendientes a su consecución; dictámenes, certificaciones de salud o académicos para que hagan parte de la presente Historia de Atención.
13. De conformidad con el artículo 104 de la Ley 1098 de 2006, oficiar con miras de comisión y poder de investigación, a los empleadores de los progenitores de los niños, con el fin de establecer la solvencia económica de los progenitores, estableciendo tipo de vinculación laboral, asignaciones salariales como contraprestación al vínculo laboral y termino de ejecución del contrato. Oficiar en tal sentido.
14. Identificar a los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar que coadyuven al restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes y ordenar la vinculación del menor de edad a los programas o servicios que ellos prestan.

Nota: Contra este auto no procede recurso alguno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 99 de la Ley 1098 de 2006, modificado por el artículo 3° de la ley 1878 de 2018.

Notifíquese y Cúmplase,

GINA LORENA ROMERO CORREDOR
Comisaria de Familia Cuarta Turno 3

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
VoBo.	N/A	N/A
Revisó: N/A	N/A	N/A
Elaboró: Gina Lorena Romero Corredor	Comisaria Cuarta de Familia	

COMISARIA DE FAMILIA 4 DE VILLAVICENCIO

AUTO No. 004
(18 de enero de 2025)
"POR MEDIO DEL CUAL SE INICIA UNA INVESTIGACIÓN ADMINISTRATIVA Y SE ADOPTAN MEDIDAS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS"

1151-63.35
PARD004/2025-T3

Villavicencio, dieciocho (18) de enero del año Dos Mil Veinticinco (2025), la suscrita Comisaria de Familia Cuarta de Villavicencio, en uso de sus facultades legales y de manera especial en las conferidas en los artículos 87, 99 y 100 de la Ley 1098 de 2006, modificados por la Ley 1878 de 2018 y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 1098 de 2006 numerales 1 y 19 y el artículo 3°de la Ley 1878 de 2018, Ley 2126 de 2021, en concordancia con las normas nacionales e internacionales en materia de derechos de infancia y adolescencia, por medio del presente Auto, apertura la investigación administrativa de restablecimiento de derechos a favor de la menor **ANDRES CAMILO SUAREZ PERDOMO** identificado con T.I. No. 1.013.011.702 de 13 años de edad, con fundamento en los siguientes hechos expuestos por la Policía de Infancia y adolescencia, mediante informe de policía con radicado interno 004 de fecha 18 de enero de 2025, en el cual relatan los siguientes hechos: " *Que, mediante informe de policía de Infancia y Adolescencia con radicado interno No. 004 de fecha 18 de enero de 2025, en el cual relatan los siguientes hechos: " De acuerdo al informe realizado por la patrulla de vigilancia integrado por el señor subintendente jeison fernanda Bueno patrulla 2-12. Dejo a disposición al adolescente Andres Camilo Suarez quien fue encontrado por el señor Austin Carlos Jimenez, identificado con C.C. 1104405017, en via publica, vereda caños negros, quien al parecer es victima de violencia intrafamiliar por parte de su madrastra. Caso conocido por el Subintendente Jhon Sánchez y Subintendente Lizeth Martinez patrulla País 5.*" Anexo Un folio.

Que el de conformidad con lo preceptuado por el artículo 52 de la ley 1098 de 2006, modificado por el artículo 1° de la ley 1878 de 2018, es deber de la autoridad administrativa ordenar a su equipo técnico interdisciplinario la verificación de la garantía de derechos consagrados en el Título I Capítulo II de la referida codificación y por tanto a ello se procederá. Se deja constancia, que la verificación de derechos la practica la psicóloga de la comisaria cuarta de familia turno 3, dejando constancia de no abordaje por el área de trabajo social, teniendo en cuenta que la titular del cargo se encuentra en periodo de compensación y no ha designado profesional por parte de la alcaldía de villavicencio.

Que el dia 16 de enero del presente año se realizó verificación de derechos a favor de la menor **ANDRES CAMILO SUAREZ PERDOMO** identificado con T.I. No. 1.013.011.702 de 13 años de edad, según la ley 1098 de 2006, modificada por la ley 1878 de 2018 y se puede inferir que los siguientes derechos son vulnerados, garantizados o amenazados:

Derechos Vulnerados y/o amenazados:
Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano: **VULNERADO**
Artículo 18. Derecho a la integridad personal: **VULNERADO**
Artículo 20. Derecho a la protección: **VULNERADO.**
Artículo 24. Derecho a los alimentos: GARANTIZADO.
Artículo 25. Derecho a la identidad: GARANTIZADO.
Artículo 27. Derecho a la salud: GARANTIZADO.
Artículo 28. Derecho a la educación: GARANTIZADO.

Que de la verificación de derechos practicada por la psicóloga de la Comisaria de Familia se extraen las siguientes conclusiones y recomendaciones:

" ***Concepto valoración psicológica de verificación de derechos:*** **Concepto valoración psicológica de verificación de derechos**

NNA que asiste a proceso de valoración en compañía de Policía de Infancia y Adolescencia, en la intervención con el menor se evidencia aspecto físico e higiene personal su ropa en mal estado y sucia, se encuentra ubicado en tiempo y espacio, se evidencia afectación emocional con predominancia a la ira y contención del llanto, se percibe un vínculo afectivo con la progenitora distante y conflictivo, se observa sentimiento de rivalidad a sus hermanos menores y sentimiento de vergüenza hacia su progenitora, debido al consumo de sustancias psicoactivas, no obstante, en la entrevista breve a la progenitora afirmo el consumo de Marihuana, esta situación aparentemente esta generando conflictos en la relación de madre – hijo, afectando la estabilidad familiar y dificultad de construir con el menor vínculos saludables, frente a la relación con su abuela materna se percibe amplio afecto hacia ella, se observa que el menor la referencia como figura de autoridad, así mismo, se observa expresiones de afecto hacia ella.

Dentro de las intervenciones se evidencia que la progenitora se le dificultad establecer límites claros y equilibrados, en la intervención a la progenitora y abuela materna, se evidencia una ambivalencia en el estilo de crianza de carácter permisivo y/o carácter autoritario de la progenitora, así mismo, la progenitora complace al menor en cada uno de sus deseos, se evidencia que no referencia a su progenitora como figura de autoridad, al corroborar la información con su progenitora y abuela materna, se evidencia tensiones y conflictos familiares posiblemente por la falta de comunicación efectiva y/o la inadecuada resolución de conflictos, así mismo, se evidencia que en el reporte de la Policía de Infancia y Adolescencia, el menor expreso el nombre completo y apellidos de su supuesta madrastra, y en la intervención a su progenitora y a su abuela materna, afirmaron que es la progenitora del menor, se procede a corroborar el registro civil y se encuentra que la señora LUISA FERNANDA SUAREZ PERDOMO es la progenitora del menor, se observa un patrón recurrente en el NNA de brindar información que no corresponde con los hechos observados.

Se sugiere a la autoridad administrativa dar Apertura al proceso administrativo de restablecimiento de derechos, según la intervención se observa derechos vulnerados como el Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano, Artículo 18. Derecho a la integridad personal y 20. Derecho a la protección.

Conclusiones y recomendaciones:

Con base a la información recopilada se encuentran hechos que consolidan sugerir a la autoridad administrativa dar apertura al Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos PARD.

Se recomienda remitir a la progenitora y abuela materna al curso pedagógico de la defensoría del pueblo.

Se recomienda iniciar proceso terapéutico en el área de psicología a la progenitora y a la abuela materna, debido a la dificultad de comunicación asertiva, inadecuada resolución de conflictos, establecimiento de normas claras y equilibradas, forjar la figura de autoridad y fortalecer las relaciones familiares.

Se recomienda remitir a la Fundación para el desarrollo de la Orinoquia FUNDEPRO para atención psicológica especializada para el menor, progenitora y abuela materna, con sugerencia de abordaje reconocimiento de emociones y regulación emocional, técnicas de afrontamiento, adecuada resolución de conflictos, fortalecimiento de relaciones familiares, comunicación asertiva y otros que el profesional tratante considere pertinente.

Que, de acuerdo a las acciones de verificaciones de derechos adelantadas, evidencia el despacho la relevancia de aperturar diligencias administrativas con fines de restablecimiento de derechos, teniendo en cuenta la vulneración a los derechos del niño **ANDRES CAMILO SUAREZ PERDOMO**, y el contexto evidenciado en el desarrollo de la intervención, corresponde según el relato del menor de edad, y lo expuesto por la abuela materna, a un ejercicio de crianza por parte de la progenitora como hostil, caracterizado por diferentes situaciones de violencia en contexto familiar, en los cuales, presuntamente se ha visto expuesta la integridad de la menor de edad, con ocasión a los presuntos hechos de violencia

realizados por la misma progenitora, incluso por el padrastro, los cuales si bien han sido negados por ellos, no es menos cierto que se adelantará la investigación respectiva a favor del menor de edad.

Que este despacho es competente para asumir el conocimiento y apertura de proceso administrativo de restablecimiento de derechos, de acuerdo a lo establecido con el artículo 5° de la Ley 2126 de 2021.

Por lo anteriormente expuesto la Comisaria Cuarta de Familia Turno 3

ORDENA:

1. Avocar conocimiento del proceso administrativo de restablecimiento de derechos a favor del menor menor **ANDRES CAMILO SUAREZ PERDOMO** identificado con T.I. No. 1.013.011.702 de 13 años de edad**.**
2. Incorpórese a la historia de atención, informe de policía de infancia y adolescencia con radicao 004 de fecha 18 de enero de 2025, informe de verificación de derechos emitido por la psicóloga adscrita a esta comisaría de familia y demás documentos recopilados en la acción de verificación de derecho, y otórguesele el valor probatorio en su oportunidad legal.
3. Adoptar como medida provisional de restablecimiento de derechos a favor de la menor **ANDRES CAMILO SUAREZ PERDOMO** identificado con T.I. No. 1.013.011.702 de 13 años de edad, la consistente en ubicación del menor de edad, en medio familiar extenso por línea materna, esto es, con la abuela materna, señora **SONIA YAMILE PERDOMO PERDOMO** identificada con C.C. No. 52.460.662 de Bogotá D.C., residente en la manzana 64 A casa 6 barrio el Brillante en Villavicencio, celular de contacto 3108760911, de acuerdo a lo establecido en el artículo 53 # 3 de la ley 1098 de 2006.

   PARAGRÁFO: De acuerdo a lo establecido en el artículo 53 # 1 de la ley 1098 de 2006, Amonestar a los padres o las personas responsables del cuidado del niño, niña o adolescente sobre el cumplimiento de las obligaciones que les corresponden o que la Ley les impone, con la obligación de acudir a curso pedagógico sobre derechos de la niñez, a cargo de la Defensoría del Pueblo, so pena de multa convertible en arresto de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53, 54 y 55 de la Ley 1098 de 2006. Oficiar en tal sentido.

   Ordenar la Practica de las siguientes Pruebas y Diligencias:
4. Identificar y citar a los representantes legales del menor **ANDRES CAMILO SUAREZ PERDOMO** identificado con T.I. No. 1.013.011.702 de 13 años de edad, a las personas con quienes conviva o sean responsables de su cuidado, o de quienes de hecho la tuvieren a su cargo (cuidadores), a fin de ser notificados del presente auto de apertura de diligencias de restablecimiento de derechos, Una vez notificados, correr traslado de la solicitud por el término de 05 días, a las personas interesadas o implicadas, para que se pronuncien y aporten las pruebas que deseen hacer valer.
5. Incorporar los informes emitidos por parte de los profesionales que integran el equipo técnico interdisciplinario, las entrevistas y demás actuaciones realizadas durante la verificación de la garantía de derechos y en el seguimiento a la medida de restablecimiento de derechos.
6. Solicitar a la trabajadora social de la Comisaria de Familia que corresponda (a la espera de designación de profesional), concepto e informes sobre la situación sociofamiliar, aspectos socio económicos, redes vinculantes, factores de vulnerabilidad y de protección de **ANDRES CAMILO SUAREZ PERDOMO** identificado con T.I. No. 1.013.011.702 de 13 años de edad**,** verificando situación sociofamiliar de cuidadores y/o familiares de quienes dependa o se llegaré a verificar para cambio de medida**.** Los informes periciales rendidos, así como el informe final para fallo, deben ser incorporados al proceso y otórgueseles el valor probatorio en la oportunidad legal pertinente.
7. Solicitar a la psicóloga de la Comisaria de Familia, concepto e informes sobre la situación psicológica de la menor **ANDRES CAMILO SUAREZ PERDOMO** identificado con T.I. No. 1.013.011.702 de 13 años de edad**.** Los informes periciales rendidos, así como el informe final

para fallo, deben ser incorporados al proceso y se otorgará el valor probatorio en la oportunidad legal pertinente.

8. Comunicar al representante del Ministerio Público sobre la apertura del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, con el objeto de que este intervenga como garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
9. Recibir declaración de parte de los progenitores y demás personas de acuerdo a la investigación.
10. Incorporar el Registro civil de nacimiento de la menor **ANDRES CAMILO SUAREZ PERDOMO** identificado con T.I. No. 1.013.011.702 de 13 años de edad, o adelantar las diligencias tendientes a su consecución; dictámenes, certificaciones de salud o académicos para que hagan parte de la presente Historia de Atención.
11. Identificar a los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar que coadyuven al restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes y ordenar la vinculación del menor de edad a los programas o servicios que ellos prestan.

Nota: Contra este auto no procede recurso alguno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 99 de la Ley 1098 de 2006, modificado por el artículo 3° de la ley 1878 de 2018.

Notifíquese y Cúmplase,

GINA LORENA ROMERO CORREDOR
Comisaria de Familia Cuarta Turno 3

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
VoBo.	N/A	N/A
Revisó: N/A	N/A	N/A
Elaboró: Gina Lorena Romero Corredor	Comisaria Cuarta de Familia	

Comisaría de Familia Cuarto turno 3
Villavicencio - Meta

NOTIFICACIÓN POR ESTADO

El auto anterior se notificó por anotación en estado del (fecha) siendo las (hora)

KARENN STEFANNY PALACIOS CASTAÑEDA
SECRETARÍA

Si la providencia se notifica por estado se debe incluir esta constancia

DEFENSOR DE FAMILIA: CARLOS ARBEY CABRERA HERNANDEZ
NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE: Anderson Estiven Audor Ramos
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1122677766
HISTORIA DE ATENCION No. 1122677766
SIM No. 23351890

Garzón – Huila, tres (03) de diciembre de 2024

El suscrito Defensor de Familia, del Centro Zonal Garzón de la Regional Huila, del ICBF, en uso de sus facultades legales y de manera especial en las conferidas en los artículos 81, 82, 86, 99 y 100 de la Ley 1098 de 2006, modificados por la Ley 1878 de 2018 y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 y concretamente el artículo 28 de la Ley 1098 de 2006 y el artículo 3°de la Ley 1878 de 2018, en concordancia con las normas nacionales e internacionales en materia de derechos de infancia y adolescencia, por medio del presente Auto, se APERTURA INVESTIGACIÓN ADMINISTRATIVA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS a favor del adolescente **ANDERSON ESTIVEN AUDOR RAMOS,** de 17 años de edad, con fundamento en el informe efectuado por la Procuraduría Provincial de Garzón, dentro de la acción preventiva No. E-2024-712153, y de la verificación del estado de cumplimiento de derechos, en los cuales se da a conocer la situación del adolescente, quien tiene amenazados sus derechos a la vida y a la calidad de vida, derecho a la protección y la custodia y cuidado personal, consagrados en los artículos 17, 20 y 23 del Código de la Infancia y de la Adolescencia.

En las acciones de verificación de derechos, las profesionales del equipo técnico interdisciplinario conceptualizan: **valoración social:** *"...Valoración Socio Familiar realizada al beneficiario Anderson Estiven Audor Ramos , de fecha Nov 25 2024 11:52AM Concepto: El adolescente Anderson Estiven Audor Ramos de 17 años, es atendido por el ICBF mediante solicitud de la procuradora provinciales quien reporta que el adolescente es víctima por lo que reporta que el adolescente requiere de ayuda humanitaria de la unidad nacional de víctimas, por lo anterior la Defensora de Familia ordena la verificación de derechos, se realiza entrevista con el sistema familiar de convivencia y el adolescente sujeto de atención quien se identifica en adecuadas condiciones de presentación personal, el adolescente reporta no haber estudiado y se le dificulta leer y escribir, también se reporta que*

dado a la condiciones del progenitor él ha cambiado de lugar de residencia lo que ha generado poco arraigo cultural, con relación a la situación presentada del asesinato del progenitor es que el adolescente llego a convivir con el sistema familiar del señor Diber, por lo que el sistema familiar está en proceso de adaptación al nuevo integrante así como realizando las trámites para la garantía de derechos en salud, educación dado que el adolescente reporta querer estudiar. Con relación a la garantía de derechos del adolescente cuenta con vinculación al sistema de salud, un grupo familiar de convivencia sano que brinda protección, dado que este sistema familiar en donde está ubicado a estado de apoyo para el cuidado del adolescente, para el tema de cuidado y apoyo en la formación, el sistema familiar en la actualidad cuenta con red de apoyo que es la familia extensa y red terciaria vecinos. Intervención sugerida: Se recomienda fortalecimiento del SNBF así como el aprovechamiento de la red terciaria que cuenta el sistema familiar, Se recomienda al sistema familiar que se continúe con la garantía de derechos como educación, salud, vestuario, alimentación entre otros, así como el acompañamiento que se debe brinda por parte de cuidadores del adolescente Anderson Estiven en sus etapas de formación, es importante anotar que dado a los hechos reportado por el adolescente se reporta ser víctima de huérfandad…"; **valoración psicológica:** *"…Anderson Estiven, adolescente de 17 años procedente de Calamar -Guaviare, su edad cronológica concuerda con la aparente utiliza tono de voz moderado, logra contacto visual con la interlocutora, durante la entrevista muestra actitud colaboradora y de respeto, se evidencia aseado, postura erguida, no hay evidencia de alteración de la conciencia. De antecedentes personales el adolescente se encuentra afiliado al régimen subsidiado en la EPS Asmet salud, el adolescente con dificultad lee y escribe, no reporta vinculación académica por motivos de constantes cambio de domicilio de su familia. De antecedentes familiares, hijo de padres separados, comunicación nula con progenitora, progenitor fallecido en el mes de agosto del 2024 (reportan acta de defunción). El desarrollo psicomotor del adolescente es apropiado en cuanto a locomoción, fuerza y equilibrio; el adolescente se identifica como un hombre, género masculino. No reporta alteraciones del sueño, se identifica proyecto de vida basado en su familia extensa por línea paterna (Barberia). Dentro de las habilidades adaptativas muestra capacidad para interactuar con otros de manera efectiva y mantener relaciones saludables. Anderson Estiven, reporta que desde hace 3 meses se encuentra viviendo en Garzón con el señor Diber Audor (primo II*

23

sagrado) dado al fallecimiento de su progenitor, el adolescente reporta que, desde la separación de sus progenitores, el encargado de sus cuidados fue su progenitor, reporta comunicación nula con progenitora. Frente a los hechos de la petición el adolescente refiere "con la separación de mis papas, yo me quede con mi papa, no pude estudiar porque nosotros manteníamos cambiando de casas, cuando mi papa falleció yo llame a tío Diber Audor Ocampo y le dije tío y ahora que hago y el me dijo que me fuera a vivir con él, Diber Audor no es mi tío, es mi primo, pero yo le digo así a él, él es cercano para mí y mi tío Jainobor; me gustaría aprender el arte de Barberia como mi familia por parte de mi primo Diber, si me gustaría estudiar". En entrevista con el señor Diber Audor Ocampo se indaga frente a la gestión para la vinculación académica y refiere yo averigüé en la I.E pero como Anderson no pudo hacer primaria, por la edad no lo reciben pero si quiero seguir averiguando para que él pueda estudiar". Se orienta a la familia en la importancia de brindar entornos sanos y protectores libres de violencias. 7. Análisis de derechos garantizados, amenazados y/o vulnerados desde la perspectiva psicológica. En el trámite de verificación de derechos ordenado por la autoridad administrativa y efectuado por la profesional en psicología, se identifica estado de GARANTIA de los derechos a la salud, alimentación, vestuario, vivienda, familia, figuras cuidadoras e integridad personal, a un trato digno; VULNERADO educación. 8. Acciones sugeridas por niveles. En el Nivel del microsistema se evidencia que el señor Diber Audor Ocampo está garantizando los derechos, obligaciones y deberes en pro del beneficio del futuro adulto sano. A nivel mesosistema es importante continuar con la garantía, derechos, deberes y obligaciones en pro del beneficio de un adulto sano. Frente al exosistema es importante continuar con el sentido de vida, la corresponsabilidad y el aprovechamiento de los entornos que facilitan la realización del proyecto de vida…".

Por lo expuesto, esta Defensoría de Familia con el fin de establecer los hechos que configuran la presunta amenaza o vulneración de derechos del adolescente mencionado y con el propósito de restablecer dichos derechos y garantizarle el ejercicio efectivo de los mismos,

ORDENA:

La práctica de las siguientes pruebas y diligencias:

1. Incorporar a la Historia de Atención radicada con el No. 1122677766, el informe efectuado por la Procuraduría Provincial de Garzón, dentro de la acción preventiva No. E-2024-712153, acerca de la situación del adolescente ANDERSON ESTIVEN AUDOR RAMOS, y las demás diligencias enviadas y otórguesele el valor probatorio en su oportunidad legal.
2. Identificar y citar a los representantes legales del adolescente ANDERSON ESTIVEN AUDOR RAMOS, de las personas con quienes conviva o sean responsables de su cuidado, o de quienes de hecho la tuvieren a su cargo.
3. Una vez notificados, correr traslado de la solicitud por el término de 5 días, a las personas interesadas o implicadas, para que se pronuncien y aporten las pruebas que deseen hacer valer.
4. Adoptar como medida provisional de restablecimiento de derechos a favor del adolescente ANDERSON ESTIVEN AUDOR RAMOS, las siguientes, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 53 numeral 3 y 56 del Código de la Infancia y de la Adolescencia: UBICACIÓN EN MEDIO FAMILIAR a cargo de su primo por línea paterna señor DIBER AUDOR OCAMPO, identificado con cedula de ciudadanía No. 17.652.600, quien en adelante, asumirá la custodia y cuidado personal del adolescente ANDERSON ESTIVEN AUDOR RAMOS; y como medida complementaria, la vinculación a programas de atención especializada consistente en HOGAR GESTOR VICTIMAS CON APOYO ECONOMICO artículo 60 de la ley 1098 / 2006.
5. Practicar entrevista al adolescente ANDERSON ESTIVEN AUDOR RAMOS, en concordancia con los artículos 26 y 105 de la ley 1098 de 2006.
6. Incorporar los informes emitidos por parte de los profesionales que integran el equipo técnico interdisciplinario, las entrevistas y demás actuaciones realizadas durante la verificación de la garantía de derechos.
7. Comunicar al representante del Ministerio Público sobre la apertura del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, con el objeto de

que este intervenga como garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

8. Realizar la Investigación frente a las condiciones personales, económicas y psicológicas de los padres, representantes legales, familiares o personas de quienes el adolescente depende.
9. Incorporar el Registro civil de nacimiento de la niña, o adelantar las diligencias tendientes a su consecución; dictámenes, certificaciones de salud o académicos para que hagan parte de la presente Historia de Atención.
10. Oficiar a las entidades correspondientes para obtener la documentación referida en caso de no disponer de ella.
11. Solicitar a la Trabajadora Social del equipo de la Defensoría de Familia, concepto sobre la situación socio familiar del adolescente.
12. Solicitar a la Psicóloga del equipo de la Defensoría de Familia, el concepto para determinar el estado psicológico del adolescente.
13. Solicitar a la Nutricionista del equipo de la Defensoría de Familia, el concepto sobre la situación nutricional del adolescente.
14. Identificar a los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar que coadyuven al restablecimiento de los derechos de la niña y ordenar la vinculación del menor de edad a los programas o servicios que ellos prestan.

Nota: Contra este auto no procede recurso alguno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 99 de la Ley 1098 de 2006, modificado por el artículo 3° de la Ley 1878 de 2018.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

CARLOS ARBEY CABRERA HERNANDEZ
Defensor de Familia

RECHAZADA

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

NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE: MARIA JOSE BELISARIO SALAMANCA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1123810178
HISTORIA DE ATENCION NO. 1123810178
SIM NO. 25213893

AUTO DE APERTURA DE INVESTIGACIÓN

Villavicencio, 9 de octubre de 2024

El (la) suscrito(a) Defensor(a) de Familia, del Centro Zonal Villavicencio 2 de la Regional Meta del ICBF, en uso de sus facultades legales y de manera especial en las conferidas en los artículos 81, 82, 86, 99 y 100 de la Ley 1098 de 2006, modificados por la Ley 1878 de 2018 y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 1098 de 2006 numerales _1_ y _19__, y el artículo 3°de la Ley 1878 de 2018, en concordancia con las normas nacionales e internacionales en materia de derechos de infancia y adolescencia, por medio del presente Auto, se apertura la investigación administrativa de restablecimiento de derechos a favor del (niño, niña o adolescente) MARIA JOSE BELISARIO SALAMANCA, T.I. No. 1123810178, DE 12 AÑOS, con fundamento en la solicitud de restablecimiento de derechos SIM 25213893 "*Mediante radicado ORFEO No. 20245000200013188 2, se recibe oficio por parte de la Institución Educativa Alfredo Molano Bravo ubicado en la MZ 10 y 11 CS 3 Calle 16 B Sur Esquina 15 Este San Antonio Villavicencio / Meta, correo electrónico: colalfredom2021@gmail.com, en el que refieren lo siguiente: "(...) Mediante el presente oficio, se presenta el caso de la estudiante María José Belisario Salamanca identificada con Tarjeta de Identidad No. 1.123.810.178, Grado 502, Dirección: MZ 14 Casa 10 Barrio La Antonia, teléfono: 3208631252, quien tiene 12 años de edad y presenta diagnóstico de Trastorno Mixto de ansiedad y depresión, otros trastornos emocionales y del comportamiento. así mismo presenta problemas de aprendizaje. La menor manifestaba deseos de no querer vivir más, no estar en este mundo, presenta pensamientos suicidas, así mismo estaba medicada con fluoxetina, sin embargo, se desconoce el estado actual del tratamiento. Además de lo señalado, informa el docente del grupo que la NNA constantemente anuncia el querer lanzarse desde el tercer piso en el cual se encuentra ubicado su salón. Por lo anterior se solicita las verificaciones pertinentes y en dado caso de ser no PARD se solicite asistencia y asesoría a la Familia. (...)" Ver Adjuntos. Por lo anterior se solicita pronta intervención por parte del ICBF."* y de la verificación del estado de cumplimiento de derechos, en los cuales se da a conocer la situación del (niño, niña o adolescente) citado a quien se le han vulnerado o amenazado sus derechos, a la protección, valoración psicológica y emocional e integridad personal consagrados en los Artículos (18, 20 y 27) del Código de la Infancia y de la Adolescencia.

Por lo expuesto, esta Defensoría de Familia con el fin de establecer los hechos que configuran la presunta amenaza o vulneración de derechos del (niño, niña o adolescente) mencionado y con el propósito de restablecer dichos derechos y garantizarle el ejercicio efectivo de los mismos

Auto avoca

ORDENA:

La práctica de las siguientes pruebas y diligencias:

1. Incorporar a la Historia de Atención radicada con el No. 1121983405 el informe (la solicitud de restablecimiento de derechos, etc.) acerca de la situación del (niño, niña o adolescente) MARIA JOSE BELISARIO SALAMANCA y las demás diligencias enviadas y otórguesele el valor probatorio en su oportunidad legal.

2. Identificar y citar a los representantes legales del (niño, niña o adolescente) MARIA JOSE BELISARIO SALAMANCA, de las personas con quienes conviva o sean responsables de su cuidado, o de quienes de hecho lo tuvieren a su cargo.
   Una vez notificados, correr traslado de la solicitud por el término de 5 días, a las personas interesadas o implicadas, para que se pronuncien y aporten las pruebas que deseen hacer valer.
3. Adoptar como medida provisional de restablecimiento de derechos a prevención a favor del (niño, niña o adolescente) MARIA JOSE BELISARIO SALAMANCA, T.I. No. 1123810178, DE 12 AÑOS, la(s) siguiente (s) ubicación en MEDIO FAMILIAR del señor JOSE CIRO BELISARIO REYES Identificado con Cedula de Ciudadanía No. 1.121.848.619 en calidad de progenitor de acuerdo con lo establecido en el Artículo 53-56 del Código de la Infancia y de la Adolescencia.
4. Practicar entrevista al (niño, niña o adolescente) por parte del Defensor de Familia, en concordancia con los artículos 26 y 105 de la Ley 1098 de 2006.
5. Incorporar los informes emitidos por parte de los profesionales que integran el equipo técnico interdisciplinario, las entrevistas y demás actuaciones realizadas durante la verificación de la garantía de derechos.
6. Ordenar a la Oficina Asesora de Comunicaciones, la publicación de las fotografías de los niños en el programa de Televisión "me conoces", (Cuando se ignore la dirección de las personas que deban ser citadas)
7. Comunicar al representante del Ministerio Público sobre la apertura del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, con el objeto de que este intervenga como garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
8. Recibir declaración o interrogatorio de parte a los señores: progenitores y/o familia extensa para tal efecto fíjese la fecha conforme agenda de la defensoría de conocimiento y expídanse las correspondientes boletas de citación.
9. Realizar la Investigación frente a las condiciones personales, económicas y psicológicas de los padres, representantes legales, familiares o personas de quienes el (niño, niña o adolescente) depende.
10. Incorporar el Registro civil de nacimiento del (niño, niña o adolescente) MARIA JOSE BELISARIO SALAMANCA (o adelantar las diligencias tendientes a su consecución); dictámenes, certificaciones de salud o académicos para que hagan parte de la presente Historia de Atención.
11. Oficiar a las entidades correspondientes para obtener la documentación referida en caso de no disponer de ella.

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

12. Solicitar a la Trabajadora Social del equipo de la Defensoría de Familia, concepto sobre la situación socio familiar del niño, la niña o el adolescente.
13. Solicitar a la Psicóloga del equipo de la Defensoría de Familia, el concepto para determinar el estado psicológico de los niños (o de su comportamiento, etc).
14. Solicitar a la Nutricionista del equipo de la Defensoría de Familia, el concepto sobre la situación nutricional del (niño, niña o adolescente).
15. Amonestar a los padres o a las personas responsables del cuidado del niño, niña o adolescente sobre el cumplimiento de las obligaciones que les corresponden o que la ley les impone.
16. Identificar a los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar que coadyuven al restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes y ordenar la vinculación del menor de edad a los programas o servicios que ellos prestan.

Nota: Contra este auto no procede recurso alguno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 99 de la Ley 1098 de 2006, modificado por el artículo 3° de la Ley 1878 de 2018.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

LAURA SAHORY LOAIZA RAMIREZ
Defensora de Familia
Centro Zonal Villavicencio 2

50002

AUTO 057
SIM 254130290
JUNIO 04 DE 2024

El suscrito defensor de Familia del Centro zonal Villavicencio dos de la regional Meta del ICBF, actuando en apoyo a la Unida de Caivas por directriz de la doctora LIDA CONSTANZA MARIÑO ESTEPA, Coordinadora Centro Zonal Villavicencio 2 del ICBF, actuando en uso de sus facultades legales y de manera especial en las conferidas en los artículos 81, 82, 86, 99 y 100 de la Ley 1098 de 2006 y ley 1878 de 2018, por medio del presente Auto, se conoce solicitud de verificación de derechos de la NNA **JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ de 12 años de edad e identificado con PPT 7713416**, reportado al ICBF quien a través de DIRECCIONAMIENTO DE PETICION informan *Mediante radicado de Orfeo 20245040000096922 del 2 de Julio, policía de Infancia y adolescencia, trae al centro Zonal a los niños Elianny del Valle Carapa Saez identificada con PPT 7713448 de 5 años, Julio Alejandro Cetta Saez identificado con PPT 7713416 de 11 años y Carmen Yulieth Carapa Saez identificada con PPT 7721838 de 8 años, en compañía de su progenitora la señora Lucreana del Valle Saez identificada con PPT 5153954, residentes en la Vereda Barcelona , teléfono 3303571153, la solicitud refiere (…) mediante llamada a la línea de la patrulla de Infancia y adolescencia por parte de la ciudadanía informa que se encuentran 3 niños solos en su vivienda, situación que es constante, los niños son los que tienen que cocinar y hacer el aseo de la casa, hasta la ropa de todos tienen que lavar, de igual forma la ciudadana aporta un video donde se evidencia que el hermano mayor le realiza a sus hermanas posibles actos sexuales abusivos. La ciudadanía refiere que la niña menor indica que su hermano juega a hacerle el años. Así mismo al llegar al lugar de residencia de los menores se evidencia total desaseo - suciedad. Por tal motivo se trasladan junto con la progenitora al ICBF para verificación y restablecimiento de derechos (…) ver adjunto.*

Es necesario dejar constancia que la señora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ**, progenitora de los niños refiere que tiene proceso ante la Comisaría Segunda de Familia de Villavicencio radicado 093/2023 y anexa copia de providencia de fecha 18 de enero de 2024, por medio de la cuál la citada Autoridad le resuelve la situación jurídica declarado sus hijos **JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ, CARMEN YULIETH CARAPA SEZ, ELIANY DEL VALLE CARAPA SAEZ** en vulneración y modifica la medada de protección, ubicando a las niñas a cargo del señor **JULIAN JOSE CARAPA RIOS** y el niño con la señora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ.** Refiere que le hicieron seguimiento, pero que desde el mes de Marzo las niñas fueron entregadas por el señor **JOSE JULIAN CARAPA RÍOS** al progenitor y este a su vez se las entregó a la señora **LUCREANA,** que este asunto fue informado y esta esperando que la citen a la Comisaría Segunda de Familia de Villavicencio. Por lo que se llamó al número de la señora **COMISARIA SEGUNDA DE FAMILIA**, quien refirió que el proceso estaba para cierre, sin embargo, no precisó si esta abierto o cerrado. Lo que obliga a la suscrita Defensora a actuar y dictar medida de protección que se ajuste a la realidad de los niños y de la señora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ,** quien refiere ser víctima de Violencia Intrafamiliar a su vez por parte del señor **JULIO CESAR CARAPA**.

En esta caso, debe darse aplicación a lo señalado en el numeral 2 del parágrafo 1, artículo 5 Ley 2126 de 2021, que refiere que el Defensor de Familia *se encargará de prevenir,*

50002

garantizar y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes en las circunstancias de vulneración o amenaza de derechos diferentes de los suscitados en el contexto de la violencia familiar.

Teniendo en cuenta lo señalado en el artículo 52 de la Constitución Política de Colombia, y así mismo lo señalado en los artículos 56 y 67 de la Ley 1098 de 2006, se puede aplicar en garantía del interés superior de los niños, la solidaridad familiar, se presenta en las instalaciones del Instituto, la señora **NANCY ORTIZ CLAVIJO**, quien refiere ser cuñada de la señora **LUCREANA DEL VALLE SEZ**, pues es familiar del señor **IVAN PIMENTEL ROMERO**, actual esposo de la señora **LUCREANA,** quien manifiesta estar en disposición de asumir el cuidado del niño **JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ.**

Como quiera que dentro de la verificación de derechos se identifica que el niño **JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ de 12 años de edad e identificado con PPT 7713416** ha estado involucrado en conductas sexualizadas de riesgo con su hermana biológica por línea materna, y dentro del núcleo familiar en el que se encuentra residiendo con su progenitora de acuerdo a providencia del 13 de enero de 2024 de la Comisaría Segunda de Familia de Villavicencio, pero se indica se han presentado expresiones de Violencia física y verbal , maltrato por negligencia razón por la cual se encuentran en estado de vulneración sus DERECHOS a la integridad y protección contra la Integridad Sexual protección, cuidado y protección, situación que lleva a ordenar a prevención la apertura de PARD y en consonancia con lo ordenado por la Ley 2126 de 2021 artículo 5 numeral 4, por las vulneraciones de derechos anotadas anteriormente, remitir al competente y continuar con el desarrollo del mismo con el propósito de restablecer dichos derechos y garantizarle el ejercicio efectivo de los mismos ORDENA La práctica de las siguientes pruebas y diligencias, dada la situación de vulneración en la que se encuentra:

1. Aperturar a prevención proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos en favor del niño **JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ de 12 años de edad e identificado con PPT 7713416.**
2. Incorporar a la Historia de Atención radicada con el No. **254130290 copia** de la creación de la petición que da cuenta de la situación de vulneración de derechos.
3. Incorporar los conceptos emitidos por parte de los profesionales que integran el equipo técnico interdisciplinario, las entrevistas y demás actuaciones realizadas durante la verificación de la garantía de derechos.
4. Identificar y citar a los representantes legales del niño JULIO **ALEJANDRO CETTA SAEZ de 12 años de edad e identificado con PPT 7713416 y** notificarles de la apertura del PARD.
5. Comunicar al representante del Ministerio Público sobre la apertura del Proceso, con el objeto de que este intervenga como garante de los derechos del adolescente.
6. adelantar las diligencias tendientes a la consecución de registro civil o documento que identifique a los NNA, efectuar remisión a medicina legal de haber lugar a ello a fin de que valoren el estado de salud de ser necesario.
7. Oficiar a las entidades correspondientes para obtener la documentación referida si no se dispusiera de ella.

Falta el para.

50002

8. Solicitar a la Trabajadora Social del equipo de la Defensoría de Familia o Comisaria de Familia de conocimiento, concepto sobre la situación socio familiar de los NNA.
9. ACTIVAR LA RUTA DE ATENCION EN SALUD Y CODIGO LILA de haber lugar a ello.
10. Solicitar a la Psicóloga del equipo de la Defensoría de Familia o comisaria de Familia de conocimiento, el concepto para determinar el estado psicológico de los NNA de lo cual se debe allegar la respectiva valoración a la historia de atención.
11. Ordenar a prevención como medida de restablecimiento de Derechos en favor del niño **JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ de 12 años de edad e identificado con PPT 7713416** la ubicación en medio familiar extenso o solidario **a cargo de la señora NANCY ORTIZ CLAVIJO identificada** con **CC. NO. 40.371.182 de Villavicencio, celular 3133535672, residente en la Casa Villa Rey, Vereda el Cocuy**, no usa correo electrónico, a quien de manera provisional tendrá la CUSTODIA, CUIDADO Y PROTECCION del NNA, hasta tanto se tome una decisión de fondo en favor de esta.
12. Ordenar que los señores **LUCREANA DEL VALLE SAEZ** y el señor **JULIO CESAR CARAPA** en calidad de progenitores de los niños **ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ, JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ, LUCREANA DEL VALLE SAEZ,** a su EPS para que reciba tratamiento por psicología por las situaciones de Violencia Intrafamiliar evidenciadas en la dinámica familiar.
13. Fijar cuota alimentaria en favor del niño **JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ de 12 años de edad e identificado con PPT 7713416** y a cargo de la progenitora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ identificada con PPT 5153954**, por valor de $ 325.000 TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS MCTE MENSUALES, pagaderos a la señora **NANCY ORTIZ CLAVIJO** dentro de los 5 primeros días de cada más, empezando por el mes de Julio de 2024, y mientras subsista la medida de ubicación decretada dentro del proceso de restablecimiento de derechos y se reajustará anualmente según el incremento de Ley fijado por el Gobierno Nacional para el Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.
14. De existir hechos que ameriten la interposición de denuncia penal proceder de conformidad.
15. Identificar a los agentes del SNBF que coadyuven al restablecimiento de la NNA y ordenar la vinculación del menor de edad a los programas o servicios que ellos prestan.
16. Trasladar la historia de atención a la Comisaría de Familia competente en caso de que haya lugar a ello a fin de que continúe con el PARD en favor del NNA
17. Las demás que se estimen pertinentes en aras de lograr el restablecimiento de derechos de l@ NNA sujeto de protección.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Marthalsabel Clavijo Ramirez

MARTHA ISABEL CLAVIJO RAMIREZ
Defensor de Familia ICBF CZ Villavicencio 2
En apoyo unidad de Caivas

50002

AUTO 056
SIM 254130291
JUNIO 04 DE 2024

El suscrito defensor de Familia del Centro zonal Villavicencio dos de la regional Meta del ICBF, actuando en apoyo a la Unida de Caivas por directriz de la doctora LIDA CONSTANZA MARIÑO ESTEPA, Coordinadora Centro Zonal Villavicencio 2 del ICBF, actuando en uso de sus facultades legales y de manera especial en las conferidas en los artículos 81, 82, 86, 99 y 100 de la Ley 1098 de 2006 y ley 1878 de 2018, por medio del presente Auto, se conoce solicitud de verificación de derechos de la NNA **CARMEN YULIETH CARAPA SAEZ de 8 años de edad e identificada con PPT 7721838**, reportado al ICBF quien a través de DIRECCIONAMIENTO DE PETICION informan *Mediante radicado de Orfeo 20245040000096922 del 2 de Julio, policía de Infancia y adolescencia, trae al centro Zonal a los niños Elianny del Valle Carapa Saez identificada con PPT 7713448 de 5 años, Julio Alejandro Cetta Saez identificado con PPT 7713416 de 11 años y Carmen Yulieth Carapa Saez identificada con PPT 7721838 de 8 años, en compañía de su progenitora la señora Lucreana del Valle Saez identificada con PPT 5153954, residentes en la Vereda Barcelona , teléfono 3303571153, la solicitud refiere (…) mediante llamada a la línea de la patrulla de Infancia y adolescencia por parte de la ciudadanía informa que se encuentran 3 niños solos en su vivienda, situación que es constante, los niños son los que tienen que cocinar y hacer el aseo de la casa, hasta la ropa de todos tienen que lavar, de igual forma la ciudadana aporta un video donde se evidencia que el hermano mayor le realiza a sus hermanas posibles actos sexuales abusivos. La ciudadanía refiere que la niña menor indica que su hermano juega a hacerle el años. Así mismo al llegar al lugar de residencia de los menores se evidencia total desaseo - suciedad. Por tal motivo se trasladan junto con la progenitora al ICBF para verificación y restablecimiento de derechos (…) ver adjunto.*

Es necesario dejar constancia que la señora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ**, progenitora de los niños refiere que tiene proceso ante la Comisaría Segunda de Familia de Villavicencio radicado 093/2023 y anexa copia de providencia de fecha 18 de enero de 2024, por medio de la cuál la citada Autoridad le resuelve la situación jurídica declarado sus hijos **JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ, CARMEN YULIETH CARAPA SEZ, ELIANY DEL VALLE CARAPA SAEZ** en vulneración y modifica la medada de protección, ubicando a las niñas a cargo del señor **JULIAN JOSE CARAPA RIOS** y el niño con la señora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ.** Refiere que le hicieron seguimiento, pero que desde el mes de Marzo las niñas fueron entregadas por el señor **JOSE JULIAN CARAPA RÍOS** al progenitor y este a su vez se las entregó a la señora **LUCREANA,** que este asunto fue informado y esta esperando que la citen a la Comisaría Segunda de Familia de Villavicencio. Por lo que se llamó al número de la señora **COMISARIA SEGUNDA DE FAMILIA**, quien refirió que el proceso estaba para cierre, sin embargo, no precisó si esta abierto o cerrado. Lo que obliga a la suscrita Defensora a actuar y dictar medida de protección que se ajuste a la realidad de los niños y de la señora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ,** quien refiere ser víctima de Violencia Intrafamiliar a su vez por parte del señor **JULIO CESAR CARAPA**.

50002

En esta caso, debe darse aplicación a lo señalado en el numeral 2 del parágrafo 1, artículo 5 Ley 2126 de 2021, que refiere que el Defensor de Familia *se encargará de prevenir, garantizar y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes en las circunstancias de vulneración o amenaza de derechos diferentes de los suscitados en el contexto de la violencia familiar.*

Teniendo en cuenta lo señalado en el artículo 52 de la Constitución Política de Colombia, y así mismo lo señalado en los artículos 56 y 67 de la Ley 1098 de 2006, se puede aplicar en garantía del interés superior de los niños, la solidaridad familiar, se presenta en las instalaciones del Instituto, la señora **UBERLINDA ROMERO BORERO**, quien refiere ser suegra de la señora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ**, pues es familiar del señor **IVAN PIMENTEL ROMERO**, actual esposo de la señora **LUCREANA,** quien manifiesta estar en disposición de asumir el cuidado de las niñas **CARMEN YULIETH y ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ.**

Como quiera que dentro de la verificación de derechos se identifica que **CARMEN YULIETH CARAPA SAEZ de 8 años de edad e identificada con PPT 7721838** ha sido víctima de conductas sexualizadas de riesgo por parte de su hermano biológico por línea materna, y dentro del núcleo familiar en el que se encuentra residiendo de hecho (Con su progenitora) se han referido expresiones de Violencia física y verbal, así como maltrato por negligencia por parte de los progenitores , razón por la cual se encuentran en estado de vulneración sus DERECHOS a la integridad y protección contra la Integridad Sexual protección, cuidado y protección, situación que lleva a ordenar a prevención la apertura de PARD y en consonancia con lo ordenado por la Ley 2126 de 2021 artículo 5 numeral 4 y artículo 16 parágrafo 1 de la norma in situ, se requiere así mismo ordenar una medida de Protección de las señaladas en el artículo 17 Ley 2126 de 2021 en armonía con la ley 1257 de 2008 por las vulneraciones de derechos anotadas anteriormente, remitir al competente y continuar con el desarrollo del mismo con el propósito de restablecer dichos derechos y garantizarle el ejercicio efectivo de los mismos ORDENA La práctica de las siguientes pruebas y diligencias, dada la situación de vulneración en la que se encuentra:

1. Aperturar a prevención proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos en favor de la niña **CARMEN YULIETH CARAPA SAEZ de 8 años de edad e identificada con PPT 7721838.**
2. Incorporar a la Historia de Atención radicada con el No. **254130291 copia** de la creación de la petición que da cuenta de la situación de vulneración de derechos.
3. Incorporar los conceptos emitidos por parte de los profesionales que integran el equipo técnico interdisciplinario, las entrevistas y demás actuaciones realizadas durante la verificación de la garantía de derechos.
4. Identificar y citar a los representantes legales de **CARMEN YULIETH CARAPA SAEZ de 8 años de edad e identificada con PPT 7721838 y** notificarles de la apertura del PARD.
5. Comunicar al representante del Ministerio Público sobre la apertura del Proceso, con el objeto de que este intervenga como garante de los derechos del adolescente.

6. adelantar las diligencias tendientes a la consecución de registro civil o documento que identifique a los NNA, efectuar remisión a medicina legal de haber lugar a ello a fin de que valoren el estado de salud de ser necesario.
7. Oficiar a las entidades correspondientes para obtener la documentación referida si no se dispusiera de ella.
8. Solicitar a la Trabajadora Social del equipo de la Defensoría de Familia o Comisaria de Familia de conocimiento, concepto sobre la situación socio familiar de los NNA.
9. ACTIVAR LA RUTA DE ATENCION EN SALUD Y CODIGO LILA de haber lugar a ello.
10. Solicitar a la Psicóloga del equipo de la Defensoría de Familia o comisaria de Familia de conocimiento, el concepto para determinar el estado psicológico de los NNA de lo cual se debe allegar la respectiva valoración a la historia de atención.
11. Ordenar a prevención como medida de restablecimiento de Derechos en favor de **CARMEN YULIETH CARAPA SAEZ de 8 años de edad e identificada con PPT 7721838** la ubicación en medio familiar extenso o solidario **a cargo de la señora UBERLINDA ROMERO BORREO identificada** con **CC. N°. 21.217.651 de Villavicencio, celular 313278695, residente en la Vereda Barcelona casa # 12**, no usa correo electrónico, quien de manera provisional tendrá la CUSTODIA, CUIDADO Y PROTECCION del NNA, hasta tanto se tome una decisión de fondo en favor de esta.
12. Ordenar que los señores **LUCREANA DEL VALLE SAEZ** y el señor **JULIO CESAR CARAPA** en calidad de progenitores de los niños **ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ, JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ, LUCREANA DEL VALLE SAEZ,** a su EPS para que reciba tratamiento por psicología por las situaciones de Violencia Intrafamiliar evidenciadas en la dinámica familiar.
13. Fijar cuota alimentaria en favor de la niña **CARMEN YULIETH CARAPA SAEZ de 8 años de edad e identificada con PPT 7721838** y a cargo del progenitor **JULIO CESAR CARAPA identificado con PPT 5.036.830**, por valor de $ 325.000 TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS MCTE MENSUALES, pagaderos a la señora UBERLINDA ROMERO BORRERO dentro de los 5 primeros días de cada más, empezando por el mes de Julio de 2024, y mientras subsista la medida de ubicación decretada dentro del proceso de restablecimiento de derechos y se reajustará anualmente según el incremento de Ley fijado por el Gobierno Nacional para el Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.
14. Fijar cuota alimentaria en favor de la niña **CARMEN YULIETH CARAPA SAEZ de 8 años de edad e identificada con PPT 7721838** y a cargo de la progenitora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ identificada con PPT 5153954**, por valor de $ 325.000 TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS MCTE MENSUALES, pagaderos a la señora UBERLINDA ROMERO BORRERO dentro de los 5 primeros días de cada más, empezando por el mes de Julio de 2024, y mientras subsista la medida de ubicación decretada dentro del proceso de restablecimiento de derechos y se reajustará anualmente según el incremento de Ley fijado por el Gobierno Nacional para el Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.
15. De existir hechos que ameriten la interposición de denuncia penal proceder de conformidad.

36

50002

16. Identificar a los agentes del SNBF que coadyuven al restablecimiento de la NNA y ordenar la vinculación del menor de edad a los programas o servicios que ellos prestan.
17. Trasladar la historia de atención a la Comisaría de Familia competente en caso de que haya lugar a ello a fin de que continúe con el PARD en favor del NNA
18. Las demás que se estimen pertinentes en aras de lograr el restablecimiento de derechos de l@ NNA sujeto de protección.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Martha Isabel Clavijo Ramírez

MARTHA ISABEL CLAVIJO RAMIREZ
Defensor de Familia ICBF CZ Villavicencio 2
En apoyo unidad de Caivas

26

50002

AUTO 057
SIM 254130282
JUNIO 04 DE 2024

El suscrito defensor de Familia del Centro zonal Villavicencio dos de la regional Meta del ICBF, actuando en apoyo a la Unida de Caivas por directriz de la doctora LIDA CONSTANZA MARIÑO ESTEPA, Coordinadora Centro Zonal Villavicencio 2 del ICBF, actuando en uso de sus facultades legales y de manera especial en las conferidas en los artículos 81, 82, 86, 99 y 100 de la Ley 1098 de 2006 y ley 1878 de 2018, por medio del presente Auto, se conoce solicitud de verificación de derechos de la NNA **ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ CARAPA SAEZ de 5 años de edad e identificada con PPT 7713448** reportado al ICBF quien a través de DIRECCIONAMIENTO DE PETICION informan *Mediante radicado de Orfeo 20245040000096922 del 2 de Julio, policía de Infancia y adolescencia, trae al centro Zonal a los niños Elianny del Valle Carapa Saez identificada con PPT 7713448 de 5 años, Julio Alejandro Cetta Saez identificado con PPT 7713416 de 11 años y Carmen Yulieth Carapa Saez identificada con PPT 7721838 de 8 años, en compañía de su progenitora la señora Lucreana del Valle Saez identificada con PPT 5153954, residentes en la Vereda Barcelona , teléfono 3303571153, la solicitud refiere (…) mediante llamada a la línea de la patrulla de Infancia y adolescencia por parte de la ciudadanía informa que se encuentran 3 niños solos en su vivienda, situación que es constante, los niños son los que tienen que cocinar y hacer el aseo de la casa, hasta la ropa de todos tienen que lavar, de igual forma la ciudadana aporta un video donde se evidencia que el hermano mayor le realiza a sus hermanas posibles actos sexuales abusivos. La ciudadanía refiere que la niña menor indica que su hermano juega a hacerle el años. Así mismo al llegar al lugar de residencia de los menores se evidencia total desaseo - suciedad. Por tal motivo se trasladan junto con la progenitora al ICBF para verificación y restablecimiento de derechos (…) ver adjunto.*

Es necesario dejar constancia que la señora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ**, progenitora de los niños refiere que tiene proceso ante la Comisaría Segunda de Familia de Villavicencio radicado 093/2023 y anexa copia de providencia de fecha 18 de enero de 2024, por medio de la cuál la citada Autoridad le resuelve la situación jurídica declarado sus hijos **JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ, CARMEN YULIETH CARAPA SEZ, ELIANY DEL VALLE CARAPA SAEZ** en vulneración y modifica la medada de protección, ubicando a las niñas a cargo del señor **JULIAN JOSE CARAPA RIOS** y el niño con la señora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ.** Refiere que le hicieron seguimiento, pero que desde el mes de Marzo las niñas fueron entregadas por el señor **JOSE JULIAN CARAPA RÍOS** al progenitor y este a su vez se las entregó a la señora **LUCREANA,** que este asunto fue informado y esta esperando que la citen a la Comisaría Segunda de Familia de Villavicencio. Por lo que se llamó al número de la señora **COMISARIA SEGUNDA DE FAMILIA**, quien refirió que el proceso estaba para cierre, sin embargo, no precisó si esta abierto o cerrado. Lo que obliga a la suscrita Defensora a actuar y dictar medida de protección que se ajuste a la realidad de los niños y de la señora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ,** quien refiere ser víctima de Violencia Intrafamiliar a su vez por parte del señor **JULIO CESAR CARAPA**.

En esta caso, debe darse aplicación a lo señalado en el numeral 2 del parágrafo 1, artículo 5 Ley 2126 de 2021, que refiere que el Defensor de Familia *se encargará de prevenir,*

garantizar y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes en las circunstancias de vulneración o amenaza de derechos diferentes de los suscitados en el contexto de la violencia familiar.

Teniendo en cuenta lo señalado en el artículo 52 de la Constitución Política de Colombia, y así mismo lo señalado en los artículos 56 y 67 de la Ley 1098 de 2006, se puede aplicar en garantía del interés superior de los niños, la solidaridad familiar, se presenta en las instalaciones del Instituto, la señora **UBERLINDA ROMERO BORRERO**, quien refiere ser suegra de la señora **LUCREANA DEL VALLE SEZ**, pues es familiar del señor **IVAN PIMENTEL ROMERO**, actual esposo de la señora **LUCREANA,** quien manifiesta estar en disposición de asumir el cuidado de las niñas **CARMEN YULIETH y ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ.**

Como quiera que dentro de la verificación de derechos se identifica que **ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ CARAPA SAEZ de 5 años de edad e identificada con PPT 7713448** dentro del núcleo familiar en el que se encuentra residiendo de hecho (Con su progenitora) se han referido expresiones de Violencia física, verbal y maltrato por negligencia, razón por la cual se encuentran en estado de vulneración sus DERECHOS a la integridad y protección contra la Integridad Sexual protección, cuidado y protección, situación que lleva a ordenar a prevención la apertura de PARD y en consonancia con lo ordenado por la Ley 2126 de 2021 artículo 5 numeral 4 y artículo 16 parágrafo 1 de la norma in situ, se requiere así mismo ordenar una medida de Protección de las señaladas en el artículo 17 Ley 2126 de 2021 en armonía con la ley 1257 de 2008 por las vulneraciones de derechos anotadas anteriormente, remitir al competente y continuar con el desarrollo del mismo con el propósito de restablecer dichos derechos y garantizarle el ejercicio efectivo de los mismos ORDENA La práctica de las siguientes pruebas y diligencias, dada la situación de vulneración en la que se encuentra:

1. Aperturar a prevención proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos en favor de la niña **ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ CARAPA SAEZ de 5 años de edad e identificada con PPT 7713448**.
2. Incorporar a la Historia de Atención radicada con el No. **254130291 copia** de la creación de la petición que da cuenta de la situación de vulneración de derechos.
3. Incorporar los conceptos emitidos por parte de los profesionales que integran el equipo técnico interdisciplinario, las entrevistas y demás actuaciones realizadas durante la verificación de la garantía de derechos.
4. Identificar y citar a los representantes legales de **ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ CARAPA SAEZ de 5 años de edad e identificada con PPT 7713448** y notificarles de la apertura del PARD.
5. Comunicar al representante del Ministerio Público sobre la apertura del Proceso, con el objeto de que este intervenga como garante de los derechos del adolescente.
6. adelantar las diligencias tendientes a la consecución de registro civil o documento que identifique a los NNA, efectuar remisión a medicina legal de haber lugar a ello a fin de que valoren el estado de salud de ser necesario.
7. Oficiar a las entidades correspondientes para obtener la documentación referida si no se dispusiera de ella.

8. Solicitar a la Trabajadora Social del equipo de la Defensoría de Familia o Comisaria de Familia de conocimiento, concepto sobre la situación socio familiar de los NNA.
9. ACTIVAR LA RUTA DE ATENCION EN SALUD Y CODIGO LILA de haber lugar a ello.
10. Solicitar a la Psicóloga del equipo de la Defensoría de Familia o comisaria de Familia de conocimiento, el concepto para determinar el estado psicológico de los NNA de lo cual se debe allegar la respectiva valoración a la historia de atención.
11. Ordenar a prevención como medida de restablecimiento de Derechos en favor de **ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ CARAPA SAEZ de 5 años de edad e identificada con PPT 7713448** la ubicación en medio familiar extenso o solidario **a cargo de la señora UBERLINDA ROMERO BORREO** identificada con CC. N°. 21.217.651 de Villavicencio, celular 313278695, residente en la Vereda Barcelona casa # 12, quien de manera provisional tendrá la CUSTODIA, CUIDADO Y PROTECCION del NNA, hasta tanto se tome una decisión de fondo en favor de esta.
12. Ordenar que los señores **LUCREANA DEL VALLE SAEZ** y el señor **JULIO CESAR CARAPA** en calidad de progenitores de los niños **ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ, JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ, LUCREANA DEL VALLE SAEZ,** a su EPS para que reciba tratamiento por psicología por las situaciones de Violencia Intrafamiliar evidenciadas en la dinámica familiar.
13. Fijar cuota alimentaria en favor de la niña **ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ de 5 años de edad e identificada con PPT 7713448** y a cargo del progenitor **JULIO CESAR CARAPA identificado con PPT 5.036.830**, por valor de $ 325.000 TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS MCTE MENSUALES, pagaderos a la señora UBERLINDA ROMERO BORRERO dentro de los 5 primeros días de cada más, empezando por el mes de Julio de 2024, y mientras subsista la medida de ubicación decretada dentro del proceso de restablecimiento de derechos y se reajustará anualmente según el incremento de Ley fijado por el Gobierno Nacional para el Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.
14. Fijar cuota alimentaria en favor de la niña **ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ de 5 años de edad e identificada con PPT 7713448** y a cargo de la progenitora **LUCREANA DEL VALLE SAEZ identificada con PPT 5153954**, por valor de $ 325.000 TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS MCTE MENSUALES, pagaderos a la señora UBERLINDA ROMERO BORRERO dentro de los 5 primeros días de cada más, empezando por el mes de Julio de 2024, y mientras subsista la medida de ubicación decretada dentro del proceso de restablecimiento de derechos y se reajustará anualmente según el incremento de Ley fijado por el Gobierno Nacional para el Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.
15. De existir hechos que ameriten la interposición de denuncia penal proceder de conformidad.
16. Identificar a los agentes del SNBF que coadyuven al restablecimiento de la NNA y ordenar la vinculación del menor de edad a los programas o servicios que ellos prestan.
17. Trasladar la historia de atención a la Comisaría de Familia competente en caso de que haya lugar a ello a fin de que continúe con el PARD en favor del NNA
18. Las demás que se estimen pertinentes en aras de lograr el restablecimiento de derechos de l@ NNA sujeto de protección.

50002

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

MARTHA ISABEL CLAVIJO RAMIREZ
Defensor de Familia ICBF CZ Villavicencio 2
En apoyo unidad de Caivas

Clasificada

50004

DEFENSORÍA DE FAMILIA DE ACACÍAS
PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE: YEISON ALBERTO OVIEDO VILLALOBOS

AUTO DE APERTURA DE INVESTIGACIÓN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.122.931.926
HISTORIA DE ATENCION No. 1.122.931.926
SIM No. 25628860

Acacías, 11 de marzo de 2025

La suscrita Defensora de Familia, del Centro Zonal Acacías de la Regional Meta del ICBF, en uso de sus facultades legales y de manera especial en las conferidas en los artículos 81, 82, 86, 99 y 100 de la Ley 1098 de 2006, modificados por la Ley 1878 de 2018 y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 1098 de 2006 numerales 1 y 19, y el artículo 3°de la Ley 1878 de 2018, en concordancia con las normas nacionales e internacionales en materia de derechos de infancia y adolescencia, por medio del presente Auto, se apertura la investigación administrativa de restablecimiento de derechos a favor del niño, niña o adolescente **YEISON ALBERTO OVIEDO VILLALOBOS**, de doce (12) años de edad con fundamento en la solicitud de restablecimiento de derechos y de la verificación del estado de cumplimiento de derechos, en los cuales se da a conocer la situación del adolescente citado a quien se le han vulnerado o amenazado sus derechos a *la vida, a la calidad de vida y a un ambiente sano y a la protección* consagrados en los Artículos 17 y 20 del Código de la Infancia y de la Adolescencia.
Por lo expuesto, esta Defensoría de Familia con el fin de establecer los hechos que configuran la presunta amenaza o vulneración de derechos del (niño, niña o adolescente) mencionado y con el propósito de restablecer dichos derechos y garantizarle el ejercicio efectivo de los mismos

ORDENA:

La práctica de las siguientes pruebas y diligencias:

1. Incorporar a la Historia de Atención radicada con el No. 1.122.931.926, el informe la solicitud de restablecimiento de derechos presentada por la Policía Nacional, indica en su escrito situación de evasión del hogar del adolescente **YEISON ALBERTO OVIEDO VILLALOBOS**, identificada con T.I. 1.122.931.926 de 12 años y las demás diligencias enviadas y otórguesele el valor probatorio en su oportunidad legal.

2. Identificar y citar a los representantes legales del niño, niña o adolescente **YEISON ALBERTO OVIEDO VILLALOBOS**, de las personas con quienes conviva o sean responsables de su cuidado, o de quienes de hecho lo tuvieren a su cargo.
3. Una vez notificados, correr traslado de la solicitud por el término de 5 días, a las personas interesadas o implicadas, para que se pronuncien y aporten las pruebas que deseen hacer valer.
4. Adoptar como medida provisional de restablecimiento de derechos a favor del niño, niña o adolescente **YEISON ALBERTO OVIEDO VILLALOBOS** la siguiente UBICACIÓN EN MEDIO FAMILIAR CON EL PRIMO SEÑOR ANDRES EDUARDO SALAZAR GAMBOA, identificado con la C.C 1.121.959.851, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 53 numeral 3 del Código de la Infancia y de la Adolescencia.
5. Remitir por competencia territorial a la Defensoría de Familia de Villavicencio por ser el lugar donde se ubicará y residirá el joven y su familia.
6. Incorporar los informes emitidos por parte de los profesionales que integran el equipo técnico interdisciplinario, las entrevistas y demás actuaciones realizadas durante la verificación de la garantía de derechos.
7. Ordenar a la Oficina Asesora de Comunicaciones, la publicación de las fotografías de los niños en el programa de Televisión "me conoces", (Cuando se ignore la dirección de las personas que deban ser citadas).
8. Comunicar al representante del Ministerio Público sobre la apertura del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, con el objeto de que este intervenga como garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
9. Recibir entrevista del art. 105 al adolescente **YEISON ALBERTO OVIEDO VILLALOBOS**.
10. Escuchar en declaración juramentada al abuelo señor MARCO ANTONIO OVIEDO, identificado con la C.C N° 14.208.508.
11. Realizar la Investigación frente a las condiciones personales, económicas y psicológicas de los padres, representantes legales, familiares o personas de quienes el niño, niña o adolescente depende.
12. Incorporar el Registro civil de nacimiento del niño, niña o adolescente **YEISON ALBERTO OVIEDO VILLALOBOS** o adelantar las diligencias tendientes a su consecución; dictámenes, certificaciones de salud o académicos para que hagan parte de la presente Historia de Atención.
13. Oficiar a las entidades correspondientes para obtener la documentación referida en caso de no disponer de ella.
14. Solicitar a la Trabajadora Social del equipo de la Defensoría de Familia, concepto sobre la situación socio familiar del niño, la niña o el adolescente.

15. Solicitar a la Psicóloga del equipo de la Defensoría de Familia, el concepto para determinar el estado psicológico de los niños (o de su comportamiento, etc).
16. Solicitar a la Nutricionista del equipo de la Defensoría de Familia, el concepto sobre la situación nutricional del niño, niña o adolescente.
17. Remitir al niño, la niña o adolescente al sector salud para valoración médica integral en caso de requerirse.
18. Identificar a los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar que coadyuven al restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes y ordenar la vinculación del menor de edad a los programas o servicios que ellos prestan.

Nota: Contra este auto no procede recurso alguno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 99 de la Ley 1098 de 2006, modificado por el artículo 3° de la Ley 1878 de 2018.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JENNY GISELLY DIAZ BARBOSA
Defensora de Familia Cz Acacías

CLASIFICADO

DEFENSORA DE FAMILIA: LURDEY SARMIENTO DIAZ
NIÑO/A: SARA VALENTINA SANTAMARIA GARCIA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1029962256
HISTORIA DE ATENCION No. 1029962256
SIM No. 254112453

Villavicencio – Meta, 20 de diciembre de 2021

La suscrita defensora de Familia, del Centro Zonal Dos de la Regional Meta del ICBF, en uso de sus facultades legales y de manera especial en las conferidas en los artículos 81, 82, 86, 99 y 100 de la Ley 1098 de 2006, modificados por la Ley 1878 de 2018 y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 1098 de 2006 numerales 9 y 19, y el artículo 3°de la Ley 1878 de 2018, en concordancia con las normas nacionales e internacionales en materia de derechos de infancia y adolescencia, por medio del presente Auto, se apertura la investigación administrativa de restablecimiento de derechos a favor de SARA VALENTINA SANTAMARIA GARCIA, de 10 años, con fundamento en solicitud de cupo de acuerdo a focalización población vulnerable realizada por la Corporación Convidame y de la verificación del estado de cumplimiento de derechos, en los cuales se da a conocer la situación del citado(a) niño(a) a quien se le han vulnerado o amenazado sus derechos a la vida, a la calidad de vida y a un ambiente sano, a la protección frente a cualquier acto que amenace o vulnere sus derechos consagrados en el Código de la Infancia y de la Adolescencia.

Por lo expuesto, esta Defensoría de Familia con el fin de establecer los hechos que configuran la presunta amenaza o vulneración de derechos del niño mencionado y con el propósito de restablecer dichos derechos y garantizarle el ejercicio efectivo de los mismos,

ORDENA:

La práctica de las siguientes pruebas y diligencias:

1. Incorporar a la Historia de Atención radicada con el No. 1029962256, la solicitud de cupo presentado por la corporación convidame, acerca de la situación de la niña SARA VALENTINA SANTAMARIA GARCIA y las demás diligencias enviadas y otórguesele el valor probatorio en su oportunidad legal.
2. Incorporar los informes emitidos por parte del equipo interdisciplinario de la defensoría de familia, entrevistas y demás valoraciones realizadas durante la verificación de derechos.
3. Identificar y citar a los representantes legales de SARA VALENTINA SANTAMARIA GARCIA, de las personas con quienes conviva o sean responsables de su cuidado, o de quienes de hecho lo tuvieren a su cargo.

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

4. Una vez notificados, correr traslado de la solicitud por el término de 5 días, a las personas interesadas o implicadas, para que se pronuncien y aporten las pruebas que deseen hacer valer.
5. Solicitar valoración inicial y el respectivo concepto por parte del equipo interdisciplinario de la corporación convidame.
6. Adoptar como medida provisional de restablecimiento de derechos a favor de la niña SARA VALENTINA SANTAMARIA GARCIA, la establecida en el articulo 60 de la Ley 1098 de 2006 consistente en vinculación al programa de atención especializada modalidad intervención de apoyo – apoyo psicosocial en la corporación convidame.
7. Requiérase al equipo interdisciplinario de la corporación Convidame el respectivo seguimiento trimestral, conforme al artículo 96 del CIA.
8. Incorporar el Registro civil de nacimiento del niño, niña o adolescente (o si es el caso adelantar las diligencias tendientes a su consecución); dictámenes, certificaciones de salud o académicos para que hagan parte de la presente Historia de Atención.
9. Solicitar al profesional en trabajo social del equipo de la Defensoría de Familia, concepto sobre la situación socio familiar del niño, la niña o el adolescente.
10. Solicitar al profesional en psicología del equipo de la Defensoría de Familia, el concepto para determinar el estado psicológico de los niños (o de su comportamiento, etc).
11. Solicitar a la Nutricionista del equipo de la Defensoría de Familia, el concepto sobre la situación nutricional del (niño, niña o adolescente).
12. Identificar a los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar que coadyuven al restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes y ordenar la vinculación del menor de edad a los programas o servicios que ellos prestan. (si se hace necesario).

Nota: Contra este auto no procede recurso alguno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 99 de la Ley 1098 de 2006, modificado por el artículo 3° de la Ley 1878 de 2018.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

LURDEY SARMIENTO DIAZ
Defensora de familia

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

	DEPARTAMENTO DEL META **MUNICIPIO BARRANCA DE UPIA** **COMISARIA DE FAMILIA** MEDIDA DE PROTECCIÓN	Código: 120 Versión: 003 Fecha: 03/07/2013

MEDIDA DE PROTECCION

NIÑO : ALAN JOEL CALDERON GACHARNA
NACIONALIDAD : COLOMBIANA
IDENTIFICACION : T. I. No. 1.122.531.853 DE VILLAVICENCIO
PROCESO PARD : No. 026-122-33-02-2024

(NOVIEMBRE 22 DE 2024)

El Suscrito Comisario de Familia del Municipio de Barranca de Upía - Meta, en uso de las facultades Constitucionales y Legales en especial las conferidas por la Ley 1098 de 2006 y

CONSIDERANDO.

Que, en la fecha el suscrito Comisario de Familia, recibe mediante comunicación vía celular por parte de la patrulla de vigilancia, informando sobre un maltrato Infantil de dos niños de nacionalidad colombiana de quienes se reporta que el padre los tenía amarrados en un poste golpeándolos, por lo que la patrulla procede a intervenir y retirarlos y ponerlos a disposición de la comisaria de Familia.

Que, una vez traídos al despacho de la comisaría de Familia con informe de policía se informa que la patrulla de vigilancia cuadrante 55-11 recibe información que en una vivienda ubicada en el kilómetro 1 vía a san Ignacio se encuentran dos menores de edad, amarrados de las manos contra una columna de madera pidiendo ayuda para que los soltaran, la patrulla se dirige al lugar y se entrevistan con la Señora **GIOVANNA AYDEE CORTES**, identificada con C. C. No. 31.011.223, quien les informa sobre los hechos ocurridos y muestra video fílmico donde efectivamente se evidencia a los dos menores amarrados a la columna de madera, pero al llegar al lugar de los hechos lo niños no se encontraban amarrados,

Que, al momento de hacer presencia la patrulla de vigilancia se hace presente el señor **CARLOS JAVIER CALDERO PERDOMO**, identificado con C. c. no. 1.121.894.250 de Villavicencio, celular 311-591666, manifestando ser padre del Niño **ALAN JOEL CALDERONGACHARNA**, de 9 años de edad, identificado con T. I. No. 1.123.531.853 de Villavicencio, quien manifestó haber amarrado a su hijo como medio de castigo debido a su mal comportamiento, igualmente entrevistan a la Señora **DANIELA MARGARITA MEJIAS CORDERO**, migrante venezolana, identificada con Cedula de Identidad No. V-26.960.272, quien manifiesta ser trabajadora sexual, residente en el Kilómetro 1 Vía a San Ignacio celular 310-7555294, informando ser madre del Niño **SAMUEL ISAAC BARRIO MEJÍA,** de 8 años de edad, nacido el 11 de agosto de 2016, Migrante Venezolano, identificado con Registro de Nacimiento Acta No.,1237 del 12 de agosto de 2016, quien informa haber permitido que el Señor CARLOS JAVIER CALDERON PERDOMO, amarrara a su hijo como medio de castigo por le mal comportamiento, por lo que se procede a retirar de lugar a los niños, para su restablecimiento de derechos por parte de la Comisaría de Familia, reporte presentado siendo las 12:10 horas.

19
21

MEDIDA DE PROTECCIÓN

El Comisario de Familia de Barranca de Upía, en uso de sus facultades legales conferidas por el Art. 86 y 99 de la ley 1098 de 2006, modificada por la ley 1878 de 2018, inicia verificación de derechos a favor Niño **ALAN JOEL CALDERÓN GACHARNÁ, de 9 años de edad, identificado con T. I. No. 1.122.531.853 de Villavicencio, nacido el 25 de septiembre de 2015**, para lo cual, por la información suministrada por la patrulla de vigilancia, se observa que su progenitor es negligente frente al cuidado de su hijo, violentando flagrantemente la ley 2089 de 2021, por medio de la cual se prohíbe el uso del castigo físico, los tratos crueles, humillantes o degradantes y cualquier tipo de violencia como método de corrección contra niñas, niños y adolescentes , como quiera que dicho castigo es además de ser físico es cruel y humillante, por lo que se procedió de inmediato a la apertura del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos a favor del niño, dictando la presente medida siendo oportuno proceder a cobijarla bajo las mismas medidas de protección y en consecuencia,

RESUELVE,

PRIMERO: ORDENAR MEDIDA DE PROTECCION, a favor del Niño a **ALAN JOEL CALDERÓN GACHARNÁ, de 9 años de edad, identificado con T. I. No. 1.122.531.853 de Villavicencio, nacido el 25 de septiembre de 2015**, con ubicación en **HOGAR DE PASO,** bajo cuidado y protección, hasta tanto se modifique la medida o se defina la situación jurídica a favor de la niña por parte de la Autoridad Administrativa.

SEGUNDO: Expedir la respectiva acta de colocación a que haya lugar con base en la medida antes descrita.

TERCERO. La presente resolución rige a parte de la fecha y contra ella no procede recurso alguno.

Dada en Barranca de Upía -Meta, a veintidós (22) de noviembre de dos mil veinticuatro (2024).

COMUNIQUESE Y CUMPALECE,

JUAN DE JESUS BELTRAN
Comisario de Familia

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		Dia: 18	Mes:	02	Año:	2025	

DATOS DEL SOLICITANTE

Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia		Comisario(a) de Familia	X	
	Inspector(a) de Policía		Autoridad Tradicional Indígena		
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	OSCAR FABIÁN DAZA CASTRO				
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	ACACIAS		Departamento o Regional del ICBF:	META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:					

DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS

Número SIM:		Historia de Atención No:	007-2025
Fecha apertura:	14 DE ENERO DE 2025	Situación jurídica del proceso:	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Nombre del niño,niña o adolescente:	MILAGRO DE LOS ANGELES INFANTE		

Fecha de nacimiento:	Día: 01	Mes: 10	Año: 2011	Edad: 13
Sexo:	F: X	M:_____		
Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena* _____	Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____	Rom _____

*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:

Derechos vulenerados o amenazados:	Articulo 18/2006 Derecho a la integridad personal
Articulo 17/2006 Derecho a la vida, a la calidad de vida y aun ambiente sano	
Derecho a la protección, paragrafo 1 y 4	

Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):

Vía WhatsApp se comunica la adolescente Milagro de los Ángeles Infante con el fin de poner en conocimiento que su progenitora Mercedes Eucarin Infante se fue para Puerto Gaitán Meta y la ha dejado a ella y a su hermana Salmai Vargas Infante de 11 años al cuidado de su padrastro, además refiere que pronto vendrá por ellas y las llevará a este lugar para ponerlas a trabajar y no les permitirá estudiar, refiere además que en una oportunidad fueron al ICBF y allí les cerraron el caso y que además ya había sido atendida en la Comisaria de Familia por lo que solicita ayuda.

Regional que asigna el cupo:	META	Cento Zonal:	VILLAVICENCIO
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:			
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ		

Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		Dia: 18	Mes:	02	Año:	2025	

DATOS DEL SOLICITANTE

Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia		Comisario(a) de Familia	X	
	Inspector(a) de Policía		Autoridad Tradicional Indígena		
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	OSCAR FABIÁN DAZA CASTRO				
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	ACACIAS		Departamento o Regional del ICBF:	META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:					

DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS

Número SIM:		Historia de Atención No:	006-2025
Fecha apertura:	14 DE ENERO DE 2025	Situación jurídica del proceso:	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Nombre del niño,niña o adolescente:	SALMAI JOSADAC VARGAS INFANTE		

Fecha de nacimiento:	Dia: 09	Mes: 05	Año: 2012	Edad: 11
Sexo:	F: X	M:_____		

Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena* _____	Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____	Rom _____

*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:

Derechos vulenerados o amenazados:	Articulo 18/2006 Derecho a la integridad personal
	Articulo 17/2006 Derecho a la vida, a la calidad de vida y aun ambiente sano
	Derecho a la protección, paragrafo 1 y 4

Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):

Vía WhatsApp se comunica la adolescente Milagro de los Ángeles Infante con el fin de poner en conocimiento que su progenitora Mercedes Eucarin Infante se fue para Puerto Gaitán Meta y la ha dejado a ella y a su hermana Salmai Vargas Infante de 11 años al cuidado de su padrastro, además refiere que pronto vendrá por ellas y las llevará a este lugar para ponerlas a trabajar y no les permitirá estudiar, refiere además que en una oportunidad fueron al ICBF y allí les cerraron el caso y que además ya había sido atendida en la Comisaria de Familia por lo que solicita ayuda.

Regional que asigna el cupo:	META	Cento Zonal:	VILLAVICENCIO
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:			
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ		

Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		**Dia: 20**	**Mes: 02**	**Año:**	**2025**	
DATOS DEL SOLICITANTE						
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia	x	Comisario(a) de Familia			
	Inspector(a) de Policía		Autoridad Tradicional Indígena			
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	KATHERINE LUCIA ARTETA POSADA					
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	CENTRO ZONAL 2 VILLAVICENCIO		**Departamento o Regional del ICBF:**	REGIONAL META		
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:						
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS						
Número SIM:	254134142		**Historia de Atención No:**	1.123.809.018		
Fecha apertura:	31/01/2025		**Situación jurídica del proceso:**	Vulneracion		
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO					
Nombre del niño,niña o adolescente:	ANGYE SOFIA QUEVEDO ROJAS					
Fecha de nacimiento:	Dia: 23	Mes: 08	Año: 2010	Edad: 14 AÑOS		
Sexo:	F:__X___	M:____				
Pertenencia Étnica:	Ninguna ___X____	Indígena* _____	Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____	Rom _____		
*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:						
Derechos vulnerados o amenazados:	Derecho a la integridad personal y a la protección.					

Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):

Mediante Oficio N° 20255000200015642, Policía de Infancia y Adolescencia, traslada a la Joven Angie Sofia Quevedo Rojas, identificada con TI: 1123809018, de 14 años de edad, quien se habia evadido del hogar de su madrina Rosaura quien hace el cuidado de la Nna en la ciudad. ANTECEDENTES SDR SIM: 1764411834. La adolescente presenta dificultades de comportamiento que afectan su estabilidad emocional. Sus progenitores no han ejercido de manera responsable su custodia delegando la responsabilidad de cuidado a la madrina Rosaura Alvarado Castellanos quien reporto el caso. La adolescente requiere fortalecimiento en normas y habitos. Como informacion adicional se reporta hospitalizacion de 5 dias en la clinica Samen por antecedentes de Cutng, con evolucion favorable. Cuenta con Diagnostico de F329 Episodio Depresivo No Especificado y F19 Trastorno de la Conducta no Especificado. A la fecha tratamiento Farmacologico de Fluoxetina y Acido Valproico. Con recomendaciones de control por psiquiatria y Psicologia por consulta externa. Estable a la fecha sin reporte de novedades. Contacto de red de apoyo Rosaura Alvarado Castellanos (madrina) 3142736826.

Regional que asigna el cupo:	Meta	**Cento Zonal:**	Centro Zonal 2 Villavicencio
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:			
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - ISAMAR		
Coordinador/a de la modalidad:	CRISTINA RAMIREZ		

Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:	12/03/2025	**Dia:**		**Mes:**	**Año:**	2025	

DATOS DEL SOLICITANTE

Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia	x	Comisario(a) de Familia		
	Inspector(a) de Policía		Autoridad Tradicional Indígena		
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	TATIANA PARRADO AVENDAÑO				
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	CENTRO ZONAL 2		**Departamento o Regional del ICBF:**	REGIONAL META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:					

DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS

Número SIM:	21876763	**Historia de Atención No:**	1118121987
Fecha apertura:	25-nov-24	**Situación jurídica del proceso:**	Vulneracion
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Nombre del niño,niña o adolescente:	MAIRA ALEJANDRA AMEZQUITA DAZA		

Fecha de nacimiento:	Día: 19	Mes: 01	Año: 2010	Edad: 15 AÑOS
Sexo:	F:__X___	M:_____		
Pertenencia Étnica:	Ninguna __X_____	Indígena* _____	Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____	Rom _____

*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:

Derechos vulenerados o amenazados:	

ARTICULO 17 DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y A UN AMBIENTE SANO AMENAZADO - ARTICULO 18 DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL VULNERADO - ARTICULO 20 DERECHO A LA PROTECICON VULNERADO.

Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):

Se recibe reporte de la policía de infancia y adolescencia de Facatativa.
Asunto: Informando evasión de hogar y abandono
Maira Alejandra Amezquita Daza TI 1118121987 de 15 años.
"Toman contacto... la agencia terrestre Bolivariano... manifiestan que de Bogotá viaja una adolescente sola para Medellin... adolescente refiere que va para donde un familiar... al contactar con su progenitora refiere... se evadió de su núcleo familiar Monterrey Casanare". Se adjunta oficio.
Progenitora: Fany Alejandra Daza, cel 3102100033, dirección Monterrey Casanare.

Regional que asigna el cupo:	META	**Cento Zonal:**	VILLAVICENCIO 2
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:		**MARYELINE BENAVIDES LOPEZ**	
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ		

Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:	12/03/2025	**Dia:**		**Mes:**	**Año:**	2025	

DATOS DEL SOLICITANTE

Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia		x	Comisario(a) de Familia		
	Inspector(a) de Policia			Autoridad Tradicional Indígena		
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	TATIANA PARRADO AVENDAÑO					
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	CENTRO ZONAL 2			**Departamento o Regional del ICBF:**	REGIONAL META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:						

DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS

Número SIM:	254133302	**Historia de Atención No:**	1120818910
Fecha apertura:	23-jun-24	**Situación jurídica del proceso:**	Vulneracion
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Nombre del niño,niña o adolescente:	NASLY STACY ESCOBAR ORDOÑEZ		

Fecha de nacimiento:	Dia: 12	Mes: 05	Año: 2012	Edad: 12 AÑOS
Sexo:	F:__X___	M:_____		
Pertenencia Étnica:	Ninguna __X_____	Indígena* _____	Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____	Rom _____

*En caso de ser indigena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:

Derechos vulenerados o amenazados:	

ARTICULO 17 DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y A UN AMBIENTE SANO AMENAZADO - ARTICULO 18 DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL VULNERADO - ARTICULO 20 DERECHO A LA PROTECICON VULNERADO - ARTICULO 24 DERECHO A LOS ALIMENTOS AMENAZADO- ARTICULO 28 DERECHO A LA EDUCACION VULNERADO

Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):

Mediante radicado de orfeo 202450002000193042 del 10 de diciembre de 2024, la comisaria de Familia de Acacias, allega historia de atención de la NNA Nasly Stacy Escobar Ordonez identificada con TI 1120818910 de 12 años, para declaratoria de adoptabilidad. Ver adjunto

Asignación de cupo mediante SIM 254132526

Regional que asigna el cupo:	META	**Cento Zonal:**	VILLAVICENCIO 2
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:		**MARYELINE BENAVIDES LOPEZ**	
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ		

Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO PROTECCIÓN** **FORMATO DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**	F50.P1.P Versión 1 Clasificación de la Información: RESERVADA

Fecha solicitud:		**Dia: 03**	**Mes:**	marzo	**Año:**	2025

DATOS DEL SOLICITANTE				
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia	X	Comisario(a) de Familia	
	Inspector(a) de Policía		Autoridad Tradicional Indígena	
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	Yulian Liseth Usatriz Bohorquez			
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	Centro zonal II		**Departamento o Regional del ICBF:**	Villavicencio_ Meta
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:	No aplica			

DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS			
Número SIM:	254134365	**Historia de Atención No:**	1.121.874. 334
Fecha apertura:	7/02/2025	**Situación jurídica del proceso:**	En terminos
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Nombre del niño,niña o adolescente:	**JAIDER JUNIOR ARIZA REYES**		

Fecha de nacimiento:	Dia: 30	Mes: Enero	Año: 2008	16
Sexo:	F: x	M:		
Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena***** _____	Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____	

*****En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:

Derechos vulenerados o amenazados:	**Art. 17:** Derecho a la vida y a la calidad de vida y un ambiente sano **Art.28,** Educcación. **Art.22** Custodia y Cuidado personal

Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):

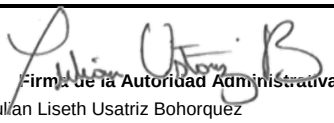
Mediante correo electronico de Centro Servicios Administrativos Juzgados Ejecución Penas Medidas Seguridad - Meta - Villavicencio csepmvcio@cendoj.ramajudicial.gov.co, enviado el: jueves, 6 de febrero de 2025 2:02 p. m, para: Notificaciones Judiciales Notificaciones.Judiciales@icbf.gov.co; Maria Camila Cardenas Camargo MariaC.Cardenas@icbf.gov.co; Martha Eugenia Solano Hurtado Martha.Solano@icbf.gov.co, asunto: CON OFICIO CSAJEPMS-081-ENTERA AUTO No. 097 - CUI: 50001 60 00 000 2020 00127 00 Numero Interno: 2024 – 00105 Sentenciado: SANDRA MILENA REYES C.C. 40.441.654, en el cual refiere (…) 4.5.- En virtud de lo aquí decidido, por el Centro de Servicios Administrativos oficiar al Centro Zonal Villavicencio 2 – CAIVAS del ICBEF Sede Regional Meta, para que proceda conforme lo establecido en el artículo 53 de la Ley 1098 de 2006, a emitir las medidas de restablecimiento de derechos a los menores hijos de la aquí sentenciada SANDRA MILENA RESYES, teniendo en cuenta el informe rendido por Profesional Universitario adscrito a esa entidad (…) NNAs Jesus Leandro y Jaider Junior Ariza Reyes, domicilio calle 24B # 28 - 46 Barrio Gaitan, telefono 3105800165 y 3208978847

Regional que asigna el cupo:	META	**Cento Zonal:**	CENTRO ZONAL II
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:			
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ		

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



Firma de la Autoridad Administrativa

Yulian Liseth Usatriz Bohorquez

Firma de la instancia que autoriza el cupo

Firma del Coordinador del Operador

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**				F50.P1.P	30/09/2019
					Versión 1	Pagina 1 de 1
					Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		**Dia:08**	**Mes:**	**03**	**Año:**	**2025**	
DATOS DEL SOLICITANTE							
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia			Comisario(a) de Familia		X	
	Inspector(a) de Policía			Autoridad Tradicional Indígena			
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	GINA LORENA ROMERO CORREDOR						
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	VILLAVICENCIO			**Departamento o Regional del ICBF:**		META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:	Ninguna						
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS							
Número SIM:				**Historia de Atención No:**		108/2024	
Fecha apertura:				**Situación jurídica del proceso:**		POR DEFINIR	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Nombre del niño,niña o adolescente:	SARA VALERIA URBANO GUTIERREZ						
Fecha de nacimiento:	Día: 08	Mes: 11		Año: 2009		Edad: 15 AÑOS	
Sexo:	F:__X___	M:_____					
Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena* _____		Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____		Rom _____	
*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:							
Derechos vulenerados o amenazados:	Art 17- Art 18						
Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):							
Regional que asigna el cupo:	META			**Cento Zonal:**		VILLAVICENCIO	
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:							
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ						

Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**				F50.P1.P	30/09/2019
					Versión 1	Pagina 1 de 1
					Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		**Dia:10**	**Mes:**	**03**	**Año:**	**2025**	
DATOS DEL SOLICITANTE							
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia			Comisario(a) de Familia		X	
	Inspector(a) de Policía			Autoridad Tradicional Indígena			
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	GINA LORENA ROMERO CORREDOR						
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	VILLAVICENCIO			**Departamento o Regional del ICBF:**		META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:	Ninguna						
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS							
Número SIM:				**Historia de Atención No:**		jun-24	
Fecha apertura:				**Situación jurídica del proceso:**		POR DEFINIR	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Nombre del niño,niña o adolescente:	EMILY ALEJANDRA MEDINA SAMANIEGO						
Fecha de nacimiento:	Día: 11	Mes: 07		Año: 2016		Edad: 8 AÑOS	
Sexo:	F:__X___	M:_____					
Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena* _____		Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____		Rom _____	

*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:

Derechos vulenerados o amenazados:	Art 17- Art 18 - Art 20

Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):

Regional que asigna el cupo:	META	**Cento Zonal:**	VILLAVICENCIO
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:			
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ		

Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

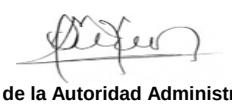
Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		**Dia:10**	**Mes:**	**03**	**Año:**	**2025**	
DATOS DEL SOLICITANTE							
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia			Comisario(a) de Familia		X	
	Inspector(a) de Policía			Autoridad Tradicional Indígena			
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	GINA LORENA ROMERO CORREDOR						
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	VILLAVICENCIO			**Departamento o Regional del ICBF:**		META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:	Ninguna						
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS							
Número SIM:				**Historia de Atención No:**		05.. 2025	
Fecha apertura:				**Situación jurídica del proceso:**		POR DEFINIR	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Nombre del niño,niña o adolescente:	JUAN SEBASTIAN MEDINA SAMANIEGO						
Fecha de nacimiento:	Día: 24	Mes: 06		Año: 2014		Edad: 10 AÑOS	
Sexo:	F:_____	M:__X___					
Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena* _____		Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____		Rom _____	
*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:							
Derechos vulenerados o amenazados:	Art 17- Art 18- Art 20						
Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):							
Regional que asigna el cupo:	META			**Cento Zonal:**		VILLAVICENCIO	
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:							
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ						



Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

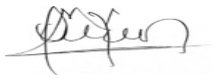
Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		**Dia: 25**	**Mes:**	**01**	**Año:**	**2025**	
DATOS DEL SOLICITANTE							
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia			Comisario(a) de Familia		X	
	Inspector(a) de Policía			Autoridad Tradicional Indígena			
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	GINA LORENA ROMERO CORREDOR						
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	VILLAVCENCIO			**Departamento o Regional del ICBF:**		META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:							
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS							
Número SIM:				**Historia de Atención No:**		PARD - 04/ 2025	
Fecha apertura:				**Situación jurídica del proceso:**		POR DEFINIR	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Nombre del niño,niña o adolescente:	ANDRES CAMILO SUAREZ PERDOMO						
Fecha de nacimiento:	Día: 08	Mes: 06		Año: 2011		Edad: 13 AÑOS	
Sexo:	F:_____	M:__X ___					
Pertenencia Étnica:	Ninguna ___X____	Indígena* _____		Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____		Rom _____	
*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:							
Derechos vulenerados o amenazados:							
Art 17- Art 18- Art 20							
Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):							
MEDIDA DE UBICACIÓN FAMILIAR ABUELA MATERNA - SONIA YAMILE SUAREZ PERDOMO							
Regional que asigna el cupo:	META			**Cento Zonal:**		VILLAVICENCIO	
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:							
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ						



Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		**Dia:**	**Mes:**	**Año:**		
DATOS DEL SOLICITANTE						
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia		X	Comisario(a) de Familia		
	Inspector(a) de Policía			Autoridad Tradicional Indígena		
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	Yersi Liliana Pardo Baquero					
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	Centro zonal 2 Villavicencio			**Departamento o Regional del ICBF:**	Meta	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:	No Aplica					
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS						
Número SIM:	23351890			**Historia de Atención No:**	1,122,677,766	
Fecha apertura:	03 diciembre de 2024			**Situación jurídica del proceso:**	Seguimiento PARD	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO					
Nombre del niño,niña o adolescente:	ANDERSON ESTIVEN AUDOR RAMOS					
Fecha de nacimiento:	Día: 19	Mes: Octubre		Año: 2007	Edad: 17 años	
Sexo:	F:__	M:___X__				
Pertenencia Étnica:	Ninguna __X__	Indígena* _____		Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____	Rom _____	

*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:

Derechos vulenerados o amenazados:	

Derecho a la integridad personal: Vulnerado menor quien sale de su unidad familiar desplazado por la violencia

Dercho a la educacion: menor nunca ha tenido acceso escolar

Derecho a la salud: Menor ubicado en villaviencio sin portabilidad / requiere con urgencia atencion psicologica por perdida de su progenitor en hechos de violencia

Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):

Motivo de Apertura PARD Adolescente desplazado de su unidad familiar conformada por progenitor, madrastra y hermana por conflicto armando; su progenitor muere por hechos violentos y el adolescente debe salir de su lugar de vivienda por amenazas en su contra; el adolesnte quien ante desplazamiento fue ubicado con red familiar extensa en Garzon Huila, nunca tuvo acceso escolar, fue separado de su progenitora por capricho paterno; por decision propia el adolescente decide buscar a la mamá quien reside en villaviencio meta y le brinda acogia. **motivo de solicitud Apoyo Psicologico Especializado,** Adolescente labil emocionalmente, duelo no resuelto ante deceso de su padre; aunque fue acogido por su progenitora se requiere una integracion familiar sostenible, teniendo en cuenta que el menor fue separado de su progenitora durante sus primeros años de vida, sumado a la fecha no contamos con portabilidad en salud que permita una atencion especialista con la urgencia que requiere el adolescente

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

Regional que asigna el cupo:	Meta	**Cento Zonal:**	Villavicencio 2
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:			
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ		



Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

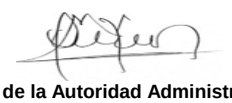
Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		**Dia:10**	**Mes:**	**03**	**Año:**	**2025**	
DATOS DEL SOLICITANTE							
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia			Comisario(a) de Familia		X	
	Inspector(a) de Policía			Autoridad Tradicional Indígena			
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	GINA LORENA ROMERO CORREDOR						
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	VILLAVICENCIO			**Departamento o Regional del ICBF:**		META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:	Ninguna						
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS							
Número SIM:	25213893			**Historia de Atención No:**		113/ 2024	
Fecha apertura:				**Situación jurídica del proceso:**		POR DEFINIR	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Nombre del niño,niña o adolescente:	MARIA JOSE BELISARIO SALAMANCA						
Fecha de nacimiento:	Día: 08	Mes: 12		Año: 2011		Edad: 13 AÑOS	
Sexo:	F:___X__	M:____					
Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena* _____		Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____		Rom _____	
*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:							
Derechos vulenerados o amenazados:	Art 18- Art 20 Art 27						
Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):							
Regional que asigna el cupo:	META			**Cento Zonal:**		VILLAVICENCIO	
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:							
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ						



Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

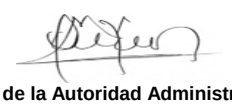
Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		**Dia:13**	**Mes:**	**03**	**Año:**	**2025**	
DATOS DEL SOLICITANTE							
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia			Comisario(a) de Familia		X	
	Inspector(a) de Policía			Autoridad Tradicional Indígena			
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	GINA LORENA ROMERO CORREDOR						
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	VILLAVICENCIO			**Departamento o Regional del ICBF:**		META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:	Ninguna						
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS							
Número SIM:				**Historia de Atención No:**		87/2024	
Fecha apertura:				**Situación jurídica del proceso:**		POR DEFINIR	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Nombre del niño,niña o adolescente:	JULIO ALEJANDRO CETTA SAEZ						
Fecha de nacimiento:	Día: 06	Mes: 11		Año: 2012		Edad: 12 AÑOS	
Sexo:	F:__X___	M:_____					
Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena* _____		Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____		Rom _____	
***En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:							
Derechos vulenerados o amenazados:	Art 18, 20 y 28						
Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):							
Regional que asigna el cupo:	META			**Cento Zonal:**		VILLAVICENCIO	
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:							
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ						



Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

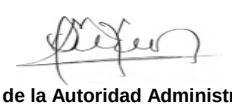
Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		**Dia:13**	**Mes:**	**03**	**Año:**	**2025**	
DATOS DEL SOLICITANTE							
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia			Comisario(a) de Familia		X	
	Inspector(a) de Policía			Autoridad Tradicional Indígena			
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	GINA LORENA ROMERO CORREDOR						
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	VILLAVICENCIO			**Departamento o Regional del ICBF:**		META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:	Ninguna						
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS							
Número SIM:				**Historia de Atención No:**		89/2024	
Fecha apertura:				**Situación jurídica del proceso:**		POR DEFINIR	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Nombre del niño,niña o adolescente:	CARMEN JULIETH CARAPA SAEZ						
Fecha de nacimiento:	Día: 15	Mes: 04		Año: 2016		Edad: 8 AÑOS	
Sexo:	F:__X___	M:_____					
Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena* _____		Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____		Rom _____	
*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:							
Derechos vulenerados o amenazados:	Art 18, 20 y 28						
Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):							
Regional que asigna el cupo:	META			**Cento Zonal:**		VILLAVICENCIO	
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:							
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ						



Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

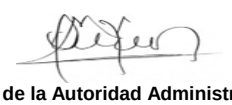
Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:		**Dia:13**	**Mes:**	**03**	**Año:**	**2025**	
DATOS DEL SOLICITANTE							
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia			Comisario(a) de Familia		X	
	Inspector(a) de Policía			Autoridad Tradicional Indígena			
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	GINA LORENA ROMERO CORREDOR						
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	VILLAVICENCIO			**Departamento o Regional del ICBF:**		META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:	Ninguna						
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS							
Número SIM:				**Historia de Atención No:**		88/2024	
Fecha apertura:				**Situación jurídica del proceso:**		POR DEFINIR	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Nombre del niño,niña o adolescente:	ELIANNY DEL VALLE CARAPA SAEZ						
Fecha de nacimiento:	Día:27	Mes: 12		Año: 2018		Edad: 6 AÑOS	
Sexo:	F:__X___	M:_____					
Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena* _____		Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____		Rom _____	
*En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:							
Derechos vulenerados o amenazados:	Art 18, 20 y 28						
Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):							
Regional que asigna el cupo:	META			**Cento Zonal:**		VILLAVICENCIO	
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:							
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO						
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ						



Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**	F50.P1.P Versión 1 Clasificación de la Información: RESERVADA

Fecha solicitud:		**Dia: 18**	**Mes:**	marzo **Año:**	2025

DATOS DEL SOLICITANTE				
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia	X	Comisario(a) de Familia	
	Inspector(a) de Policía		Autoridad Tradicional Indígena	
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	Yulian Liseth Usatriz Bohorquez			
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	Centro zonal II		**Departamento o Regional del ICBF:**	Villavicencio_ Meta
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:	No aplica			

DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS			
Número SIM:	25628860	**Historia de Atención No:**	1,122,931,926
Fecha apertura:	11/03/2025	**Situación jurídica del proceso:**	En terminos
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Nombre del niño,niña o adolescente:	**YEISSON ALBERTO OVIEDO VILLALOBOS**		

Fecha de nacimiento:	Dia: 20	Mes: Marzo	Año: 2012	12
Sexo:	F:	M: X		
Pertenencia Étnica:	Ninguna _____	Indígena***** _____	Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____	

*****En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:

Derechos vulenerados o amenazados:	**Art. 17:** Derecho a la vida y a la calidad de vida y un ambiente sano **Art.20. Protección**

Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):

Mediante Correo Electrónico jorge.nova@correo.policia.gov.co del 9 de marzo de 2025, se recibe comunicación escrita por parte del Subintendente Jorge Nova Peñaloza, por medio del cual pone en conocimiento la situación del menor de edad Yeison Oviedo Villalobos, de 13 años, de la siguiente forma, "(…) me permito dejar a disposición el adolescente antes relacionado, el día de hoy 09/03/2025 siendo las 19:20 horas me informa el señor patrullero Gutiérrez toquica como apoyo parque principal, que se le acerca un adolescente donde le manifiesta que se encontraba perdido, por lo que se procede a llamar a los familiares lo cual no fue posible que contestara la llamada, por lo que se ve la necesidad de informarle al doctor Miller Perdomo coordinador del centro zonal de acacias, dónde dispone que el adolescente sea llevado al hogar de paso autorizado por la administración municipal de acacias, con el fin de garantizar y proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes, es dejado en el hogar de paso autorizado sin novedad lo recibe la señora María consuelo encargada del hogar de paso. por lo anteriormente expuesto se solicita muy respetuosamente se realicen las acciones pertinentes en cuanto a la verificación y/o restablecimiento de derechos a los que haya lugar

Regional que asigna el cupo:	META	**Cento Zonal:**	CENTRO ZONAL II
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:			
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ		

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

Firma de la Autoridad Administrativa
Yulian Liseth Usatriz Bohorquez

Firma de la instancia que autoriza el cupo

Firma del Coordinador del Operador

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN**	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:	**6/03/2025**	**Dia:**	**Mes:**	**Año:**		
DATOS DEL SOLICITANTE						
Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia		x	Comisario(a) de Familia		
	Inspector(a) de Policía			Autoridad Tradicional Indígena		
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	NATALIA FERNANDA PERALTA TORRES					
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	CENTRO ZONAL 2 VILLAVICENCIO			**Departamento o Regional del ICBF:**	REGIONAL META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:						
DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS						
Número SIM:	254112453			**Historia de Atención No:**	1.029.962.256	
Fecha apertura:	20/12/2021			**Situación jurídica del proceso:**	Declaratoria de adoptabilidad	
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO					
Nombre del niño,niña o adolescente:	SARA VALENTINA SANTAMARIA GARCIA					
Fecha de nacimiento:	Día: 18	Mes: 12		Año:2010	Edad:14	
Sexo:	F:__x___	M:_____				
Pertenencia Étnica:	Ninguna ___X____	Indígena* _____		Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____	Rom _____	
***En caso de ser indígena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:**						
Derechos vulenerados o amenazados:	Derecho a la integridad personal y a la protección					
Observaciones: Antecedente A.S. Diagnostico VIH y hemiparesia.Trastorno de la conducta y emociones. Trastorno de ansiedad generalizada.						
Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):						
Se presenta la señora JENFER ADRIANA GARCIA GONZALEZ con el fin de solicitar cupo en Convidame modalidad intervención de apoyo - apoyo psicosocial para su hija SARA VALENTINA SANTAMARIA GARCIA.						
Regional que asigna el cupo:	Meta			**Cento Zonal:**	Centro Zonal 2 Villavicencio	
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:						
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO					
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ					

Natalia Peralta

Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

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 DE SOLICITUD DE CUPOS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN	F50.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Pagina 1 de 1
		Clasificación de la Información: RESERVADA	

Fecha solicitud:	12/03/2025	**Dia:**		**Mes:**		**Año:**	2025

DATOS DEL SOLICITANTE

Autoridad solicitante:	Defensor(a) de Familia	x	Comisario(a) de Familia		
	Inspector(a) de Policía		Autoridad Tradicional Indígena		
Nombre y apellidos de la Autoridad solicitante:	TATIANA PARRADO AVENDAÑO				
Municipio o Centro Zonal al que pertenece la Autoridad solicitante:	CENTRO ZONAL 2		**Departamento o Regional del ICBF:**	REGIONAL META	
Comunidad/Resguardo al que pertenece la Autoridad solicitante:					

DATOS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS

Número SIM:	254133293	**Historia de Atención No:**	1122531853
Fecha apertura:	22-nov-24	**Situación jurídica del proceso:**	Vulneracion
Modalidad de atención ordenada:	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Nombre del niño,niña o adolescente:	ALAN JOEL CALDERON GACHARNA		

Fecha de nacimiento:	Día: 25	Mes: 09	Año: 2015	Edad: 09 AÑOS
Sexo:	F:____	M:_X__		
Pertenencia Étnica:	Ninguna _X____	Indígena* _____	Afro/Raizal/Palenquera/Negra _____	Rom _____

*En caso de ser indigena, indicar pueblo y comunidad de pertenencia:

Derechos vulenerados o amenazados:	

ARTICULO 17 DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y A UN AMBIENTE SANO: **VULNERADO. - ARTICULO 18** DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL: **VULNERADO - ARTICULO 28** DERECHO A LA EDUCACION: **VULNERADO**

Motivo de ingreso a protección (Indicar clara y detalladamente los motivos de ingreso a la modalidad de atención):

Mediante radicado de Orfeo 20245000200019035 2 del 6 de diciembre, el comisario de Familia de Barranca de Upia, Juan de Jesus Beltran, allega proceso PARD del NNA Alan Joel Calderon Gacharna identificado con TI 1122531853.

Físicos (56) | Digital (59)

Regional que asigna el cupo:	META	**Cento Zonal:**	VILLAVICENCIO 2
Nombre coordinador/a Centro Zonal a cargo del seguimiento:		**MARYELINE BENAVIDES LOPEZ**	
Operador de la modalidad:	FUNDEPRO - APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO		
Coordinador/a de la modalidad:	ZORANY MARTINEZ		

Firma de la Autoridad Administrativa
(Solicitante del cupo)

Firma de la instancia que autoriza el cupo
(Administra el cupo)

Firma del Coordinador del Operador
(Cuando aplique)

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

FUNDEPRO FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO				PLANILLA DE ATENCIÓN			No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA				MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: ✓
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Lisneldy Kelin villamil Pereira			Nombres y apellidos de red de apoyo				Kelly Yosmas Pereira		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1121975487			Teléfono de contacto:	324 162 8076			No documento identidad	PT. 1047397	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	10	03	2025	X	X	8:45am	9:30am	9:31am	10:16am	17	03	2025
						Kelly Pereira		Lisneldy				
2	17	03	2025	X	X	8:45am	9:30am	9:31am	10:16am	07	04	2025
						Kelly Pereira		Lisneldy				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos:Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Firma y sello del profesional: Yesica Rodriguez M. Psicóloga TP. No. 172197

FUNDEPRO FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:		ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Yarthiza Valentina Baron Soche.	Nombres y apellidos de red de apoyo		Claudia Marcela Garavito Camargo.			
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1116615156.	Teléfono de contacto:	3187952530	No documento identidad	40334168.		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 9:45 am.	Hora finalización: 9:30 am	Hora de inicio: 9:31 am	Hora finalización: 10:16 am.	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	10	03	2025	X	X	Claudia Garavito.		Valentina B.		20	03.	2025
2	20	03	2025	X	X	Hora de inicio: 9:45 am.	Hora finalización: 9:30 am.	Hora de inicio 9:31 am.	Hora finalización: 10:16 am.	03	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Mamá S3		Valentina B.				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Se toma Firma de la nueva Red de apoyo la señora María Eugenia Diganista Rojas. ya que la autoridad administrativa indico los datos de la mamá sustituta el día 17-03-2025.

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No: 143325

Diana Posada

Firma y sello del profesional

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

FUNDEPRO FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Zara Nikoll Cantor Carranza	Nombres y apellidos de red de apoyo			Giovanna Graciela Carranza Diaz		
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1029968651	Teléfono de contacto:	3223704542		No documento identidad	40330 665	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 3:15pm	Hora finalización: 4:00pm	Hora de inicio: 4:01pm	Hora finalización: 4:46pm	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	03	2025	X	X	Giovanna Carranza.		ZARA NIKOLL		17	03	2025
2	17	03	2025	X	X	Hora de inicio: 3:15 pm	Hora finalización: 4:00pm	Hora de inicio: 4:01pm	Hora finalización: 4:46pm			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Giovanna Carranza.		ZARA NIKOLL				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Cristhian David H. B.
Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández B.
T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Juan Sebastian Moreno Duarte	Nombres y apellidos de red de apoyo			Cindy Viviana Duarte Rivera		
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1029967363	Teléfono de contacto:	3115192708		No documento identidad	1006821560	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	13	03	2025	X	X	7:00 am	7:45 am	7:46 am	8:31 am	17	03	2025
						cindyduarte		Juan sebastian				
2	17	03	2025	X	X	8:45 am	9:30 am	9:31 am	10:16 am			2025
						cindyduarte		Juan Sebastian				
3			2025									2025
4			2025									2025

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Firma y sello del profesional: Cristhian David Hernández P

Psicólogo
Cristhian Hernández P
T.P. 216593

FUNDEPRO FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Carlos Esneider Peña Ramos	Nombres y apellidos de red de apoyo			Jose Humberto Leon Peña		
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1125445918	Teléfono de contacto:	3105633819		No documento identidad	17335385	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 8:45am	Hora finalización: 9:30am	Hora de inicio: 9:31am	Hora finalización: 10:16am	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	26	03	2025	X	X			carlos peña				2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Se obtiene numero de contacto familiar a final de mes, el señor Jose responde la ultima semana del mes por lo cual solo fue posible una atencion.

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No:216593

Cristian David
Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández P
T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO				PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA				MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Hellen Sofia Ramirez Roa			Nombres y apellidos de red de apoyo			Melcy Garcia Rojas		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1028794504			Teléfono de contacto:	3223263727		No documento identidad	52698875	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	07	03	2025	X	X	3:15pm	4:00pm	4:07pm	4:46pm	21	03	2025
						MELCY Garcia Rojas		Hellen Sofia R.				
2	21	03	2025	X	X	8:43am	9:30am	9:37am	10:16am	08	04	2025
						MELCY Garcia Rojas.		Hellen Sofia R.				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna.

Nombres y Apellidos:Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Firma y sello del profesional: Yesica Rodriguez M. Psicóloga TP. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Laura Valentina Molano	Nombres y apellidos de red de apoyo	Nathalia Pulido Rincon
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1.113197940.	Teléfono de contacto: 321 2579858.	No documento identidad: cc. 1.024.542.635.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	14	03.	2025	X	X.	8:45am.	9:30am.	9:31am.	10:16am.	19	3	2025
2	19	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16pm.	Hora finalización: 3:01pm	27	3	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario: Laura molano				
3	27	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 3:15 pm	Hora Finalización: 4:00pm	4	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario: Laura molano				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Usuaria retoma proceso, tuvo cambio de red de apoyo.

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional:

Carolina Rojas
psicóloga
T.P. 172130

7

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo.	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:		ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Sharit Florez Ortega.	Nombres y apellidos de red de apoyo		Nini Thanna Morales Castañeda			
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1123436699.	Teléfono de contacto: 3222114260		No documento identidad	cc. 1.121840.762		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5.	03	2025	X				Sharit Florez		10	03	2025
2	10	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31am.	Hora finalización: 10:16am.	17	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Sharit Florez				
3	17	03	2025	X		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am.	Hora Finalización: 11:15 am.	27	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Sharit Florez				
4	27	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16am	Hora Finalización: 12:01 pm	2.	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Sharit Florez				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional:

Carolina Rojas
psicóloga
T.P. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Wendy Loreda Sulos		Nombres y apellidos de red de apoyo		Nini Jhonna Castañeda Morales		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1075092756		Teléfono de contacto:	322 2714260	No documento identidad	7.727.840.762	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	05	03	2025	X				2:16 pm	3:07 pm	12	03	2025
								Wendy Loreda Sulos				
2	12	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16pm	Hora finalización: 3:07 pm	19	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Wendy Loreda Sulos				
3	19	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16 pm	Hora Finalización: 3:07 pm	25	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Wendy Loreda Sulos				
4	25	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16 pm	Hora Finalización: 3:07 pm	N.A	N.A	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Wendy Loreda Sulos				

OBSERVACIONES: Se realiza cierre por cumplimiento de objetivos.

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Firma y sello del profesional:

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
TP. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Nicol Sofia Ramirez Gomez	Nombres y apellidos de red de apoyo	Martha Cecilia Gomez Ramirez
Tipo y número de documento de identidad.	1023396433	Teléfono de contacto: 3155504242	No documento identidad 52.434.895

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30pm	Hora finalización: 2:15pm	Hora de inicio: 2:16pm	Hora finalización: 3:01pm	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	14	03	2025	X	X	.Martha Gomez R.		Nicol Sofia		19	03	2025
2	19	03	2025	X	X	Hora de inicio: 1:30pm Firma Red de Apoyo .Martha Gomez R.	Hora finalización: 2:15pm	Hora de inicio: 2:16pm Firma Beneficiario Nicol Sofia	Hora finalización: 3:01pm			2025
3			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma beneficiario	Hora Finalización:			2025
4			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma Beneficiario	Hora Finalización:			2025

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos:Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No:216593

Cristian David

Psicólogo
Cristhian Hernández C.
T.P. 216593

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Wilfran Mattias Franco T.		Nombres y apellidos de red de apoyo		Blanca Miryam Elizalde		
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1122534550		Teléfono de contacto:	3208991756	No documento identidad	40355057	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	7	03	2025	X	X	3:15 PM	4:00 PM	4:01 PM	4:46 PM	14	03	2025
						Blanca Miriam Elizalde		Wilffan Mattias				
2	14	03	2025	X	X	Hora de inicio: 3:15 PM	Hora finalización: 4:00 PM	Hora de inicio: 4:01 PM	Hora finalización: 4:46 PM			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Blanca Miriam Elizalde		Wilffan Mattias				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Psicólogo
Cristhian Hernández B
T.P. 216593

Firma y sello del profesional: Cristian David

Psicólogo
Cristhian Hernández B
T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo. AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Zaray Nicol Peña Poveda	Nombres y apellidos de red de apoyo			Kimberlly Ferranda Lugo Toledo		
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1124435527	Teléfono de contacto:	3222114260		No documento identidad		cc. 1121948997

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5.	03	2025	X				9:31am	10:16am.	10	03.	2025
								zaray nicol peña poveda				
2	10	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16am.	Hora finalización: 12:01pm.	20	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								zaray nicol peña poveda				
3	20	03.	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am	Hora Finalización: 11:15am.	31	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								zaray nicol peña poveda.				
4	31	03.	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am.	Hora Finalización: 11:11 5am.	2.	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								zaray nicol peña poveda.				

OBSERVACIONES: Ninguna.

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: AstridRojas

Carolina Rojas Psicóloga T.P. 172130

12

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: K

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Maria Sofia Tambo Fanas.	Nombres y apellidos de red de apoyo	Sandra Milena Bello
Tipo y número de documento de identidad.	R.C. 1029969545.	Teléfono de contacto: 3112123057.	No documento identidad 30081426.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	15	03	2025	X	X	9:31 a.m.	10:16 a.m.	11:16 a.m.	12:01 p.m.	20	03.	2025
						Sandra M Bello S						
2	20	03	2025	X	X	Hora de inicio: 1:30 p.m.	Hora finalización: 2:15pm.	Hora de inicio: 2:16p.m.	Hora finalización: 3:01 p.m.	5.	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Sandra M Bello S						
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad. se toma registro de huella debido a la edad cronologica de la usuaria

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada

Firma y sello del profesional:

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO				PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA				MES	Mar20	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Mia Antonella Tambo Farias.			Nombres y apellidos de red de apoyo			Sandra Milena Bello		
Tipo y número de documento de identidad.	R.C. 1121977594.			Teléfono de contacto:	3112123057.		No documento identidad	30081426.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	6	03	2025	X				10:30 am.	11:15 am.	12	03.	2025
2	12	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	11:16 am.	12:01 p.m.	15	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3	15	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16 am.	Hora Finalización: 12:01 p.m.	20	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4	20	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30 am.	Hora Finalización: 11:15 am.	05.	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad. se toma huella debido a la edad cronologica de la usuaria.

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No: 143325

Firma y sello del profesional: Diana Posada.

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Juan David Cuellar Acosta	Nombres y apellidos de red de apoyo	Dary Luz Acosta Arroyo
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1123 809 829	Teléfono de contacto:	311 225 2328
No documento identidad	39 312 133		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	03	2025	X	X	Dori Luz Acosta		Juan David Cuellar		19	03	2025
2	19	03	2025	X	X	Hora de inicio: 3:13pm Firma Red de Apoyo Dori Luz Acosta	Hora finalización: 4:00pm	Hora de inicio: 4:07pm Firma Beneficiario Juan David Cuellar	Hora finalización: 4:40 pm	N.A	N.A	2025
3			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma beneficiario	Hora Finalización:			2025
4			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma Beneficiario	Hora Finalización:			2025

OBSERVACIONES: Se realiza cierre por cumplimiento de objetivos.

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Yesicaderiguez

Firma y sello del profesional

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
TP. No. 172197

15

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO			PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA			MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Dylan Alejandro Hernandez		Nombres y apellidos de red de apoyo			Maria Ernestina Rodriguez		
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1624961260		Teléfono de contacto:	3058232825		No documento identidad	40384115	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar					Día	Mes	Año
1	6	03	2025	X	X	3:15PM	4:00PM	4:01PM	4:46PM	11	03	2025
						Firma Red de Apoyo: María Ernestina Rodriguez		Firma Beneficiario: Alejandro Hernandez				
2	11	03	2025	X	X	10:30am	11:15am	11:16am	12:01PM			2025
						Firma Red de Apoyo: María Ernestina Rodriguez		Firma Beneficiario: Alejandro Hernandez				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Firma y sello del profesional: Cristhian David

Psicólogo
Cristhian Hernández C.
T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Salome Yulitza Parra Aldana.	Nombres y apellidos de red de apoyo		Juby Esmith Castañeda Clavijo.			
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1029967120.	Teléfono de contacto:	3222114260.	No documento identidad	cc. 40.439 092.		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	19	03	2025	X.				SALOME		31	03	2025
2	31	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16am.	Hora finalización: 12:01pm	2	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Salome				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Se retoma atención con Salome tras egreso de Clínica de Salud Mental.

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas psicóloga T.P. 172130

F

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Sami Lorena Amaya Velasquez	Nombres y apellidos de red de apoyo	Maritza Abella Vega
Tipo y número de documento de identidad.	1.121979144	Teléfono de contacto: 3105077422.	No documento identidad: cc. 41240723

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30pm.	Hora finalización: 2:15pm.	Hora de inicio: 2:16pm	Hora finalización: 3:01pm.	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	10	3.	2025	X	X	Maritza Abella				18.	03	2025
2	18	03	2025	X	X	Hora de inicio: 1:30pm.	Hora finalización: 2:15pm.	Hora de inicio: 2:16pm.	Hora finalización: 3:01pm.	04	04	2025
						Firma Red de Apoyo: Maritza Abella		Firma Beneficiario: 				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Usuaria no escribe, motivo por el cual se toma registro de huella.

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No: 172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas Psicóloga T.P. 172130

18

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	María Alejandra Jimenez Corrales		Nombres y apellidos de red de apoyo			Kimberly Fernanda Lugo Toledo	
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1110554499		Teléfono de contacto:	3103123098		No documento identidad	1.121.048.997

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	05	03	2025	X				10:30am	11:15am	12	03	2025
								María Alejandra				
2	12	03	2025	X		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am	Hora finalización: 11:15 am	19	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								María Alejandra				
3	19	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30 am	Hora Finalización: 11:15 am	26	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								María Alejandra				
4	26	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30 am	Hora Finalización: 11:15 am	02	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								María Alejandra				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos:Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
T.P. No. 172197

Firma y sello del profesional:

19

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: ____	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Cristian Balanta Munar.	Nombres y apellidos de red de apoyo	Ursula Milena Parada Carmona.
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1121906236.	Teléfono de contacto: 3142793340	No documento identidad 40443436

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	13	03	2025	X	X			9:31 am	10:16 am.	19	03.	2025
								cristian Balanta				
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No se cuenta con atenciones debido a su ingreso a clinica de salud mental el dia 17 de marzo.

Nombres y Apellidos:Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada.

Firma y sello del profesional:

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

FUNDEPRO FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Luis Gabriel Ruiz Navarro	Nombres y apellidos de red de apoyo	Maria Emilsen Navarro Arango
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1123944529	Teléfono de contacto: 3209153616	No documento identidad 1.121.838.406

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03	2025	X				2:16 pm	3:01 pm	10	03	2025
								Luis Gabriel				
2	10	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16pm	Hora finalización: 3:01pm			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								luis Gabriel				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Progenitora envia al niño con red de apoyo, manifiesta no poder asistir.

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Cristian David — Psicólogo Cristhian Hernández B. T.P. 216593

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Danna Yurley Montes Parrado.		Nombres y apellidos de red de apoyo		Kimberlly Fernanda Lugo Toledo.		
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1.123305710.		Teléfono de contacto: 3222114260.		No documento identidad	cc. 1121948997.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03.	2025	Y				10:30am	11:15am			2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Se realiza una sola atención dado que fue remitida a medio familiar

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: Astrid Carolina Rojas Psicologa T.P. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:		ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Mariana Alexandra Ojeda	Nombres y apellidos de red de apoyo		Ninson Nieto Mesa			
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1030193539	Teléfono de contacto:	3125264009	No documento Identidad	17323895		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	6	03	2025	X	X			mariana Alexandra Lozano ojeda		20	03	2025
2	20	03	2025	X	X	7:00am	7:45am	7:46am	8:31am			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								mariana Alexandra Lozano ojeda				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos:Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No:216593

Cristian David Ψ Psicólogo Cristhian Hernández T. T.P. 216593

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Luiss Angelh Castro Rojas	Nombres y apellidos de red de apoyo			Leidy Alejandra Rojas castro		
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1123812858	Teléfono de contacto:	3228882665		No documento identidad	1121934624	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	14	03	2025	X	X	1:30PM	2:15PM	2:16PM	3:01PM	28	03	2025
2	28	03	2025	X	X	1:30PM	2:15PM	2:16PM	3:01PM	11	04	2025
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: N/A

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Nicole sofia clavijo Lopez	Nombres y apellidos de red de apoyo			Yamileth Lopez Largo		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1073 360 729	Teléfono de contacto:	321 338 0919		No documento Identidad	1233 802 906	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	03	03	2025	X				7:46am	8:37am	10	03	2025
								NICOLE CO LESO FIG				
2	26	03	2025	X		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:46am	Hora finalización: 8:37 am	08	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Nicole Sofia Clavijo				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 10-03-2025 Contaba con cita pero no asiste, se reprograma 21-03-2025, donde no asiste ya que la progenitora se encuentra trabajando se reprograma 26-03-2025, asiste e informa que no tiene mas disponibilidad en el mes para asistir.

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello del profesional:

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
T.P. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Sara Naomi daza Lopez	Nombres y apellidos de red de apoyo	Yamilet Lopez Largo
Tipo y número de documento de identidad.	R.C 1122656320	Teléfono de contacto: 321 3380474	No documento identidad 1233 882 906

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	03	03	2025	X	X	8:45am	9:30am	9:32am	10:16am	21	03	2025
						Yamileth Lopez L.						
2	26	03	2025	X	X	8:45am	9:30am	9:31am	10:16am	08	04	2025
						Yamileth Lopez L.						
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 21-03-2025 contaba con atención Pero no asiste ya dep progenitora se encuentra trabajando se reprograma 26-03-2025. se pone huella ya qco usuario no sabe escribir.

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello de profesional

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
TP. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo.	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Daniel Alejandro Mornies Rojas		Nombres y apellidos de red de apoyo		Leidy Alejandra Rojas Vasquez		
Tipo y número de documento de identidad.	T. I. 1.123.916.119		Teléfono de contacto:	318.304.8336.	No documento identidad	1.121.934.624.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	14	03	2025	X.				2:16 Pm	3:01 P.m	28	03.	2025
								Daniel Alejandro M.				
2	28	03	2025	X.		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16 Pm	Hora finalización: 3:01 Pm	03	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Daniel Alejandro MR.				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Se reprogramó en unas ocasiones, pero la madre del usuario no asistía, ni respondía al teléfono.

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gómez

Laura María Gómez N. Psicóloga

Firma y sello del profesional: 227427

24

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Valeryn Luciana Lozano Ayeda	Nombres y apellidos de red de apoyo			Ninson Nieto.		
Tipo y número de documento de identidad.	RC. 1098831380.	Teléfono de contacto:	3103390043.		No documento identidad	cc. 1732395.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	6	03	2025	X				7:46am.	8:31am.	11	03	2025
2	11	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:46am.	Hora finalización: 8:31am.	20	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3	20	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:46am.	Hora Finalización: 8:31am.	27	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4	27	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:46am.	Hora Finalización: 8:31am.	3.	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Usuaria no firma debido a que no sabe escribir, motivo por el cual se toma registro de huella.

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas

Carolina Rojas
psicóloga
T.P. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:		ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Samuel Andres Lopez Salamanca	Nombres y apellidos de red de apoyo		Mayerly stefany Salamanca Puma			
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1121 958 374	Teléfono de contacto: 322787 5525		No documento identidad	1121 859 476		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	03	2025	X	X	10:30AM	11:15AM	11:16AM	12:01PM	25	03	2025
						•Mayerly Salamanca. 1121859 476. V/C 10.		•Samoel Andres Lopez.s				
2	25	03	2025	X	X	Hora de inicio: 10:30AM	Hora finalización: 11:15AM	Hora de inicio: 11:16AM	Hora finalización: 12:01PM			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						.Mayerly Salamanca. 1121859.476. V/C 10.		Samuel Andres Lopez				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No tiene fecha de proxima atencion ya que la red de apoyo refiere no poder asistir más, Novedad reportada a la autoridad administrativa.

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo.	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	LAURA MICHEL PALOMINO SAHID	Nombres y apellidos de red de apoyo			William Alejo Morales Cruz		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1.121.873.397	Teléfono de contacto:	310249.2992		No documento Identidad	17 322 808.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	14	03	2025	x	x	3:15 PM	4:00PM	4:07 PM	4:46 PM.	28	03.	2025
								Laura Palomino				
2	28	03	2025	x	x	Hora de inicio: 3:15PM	Hora finalización: 4:00PM	Hora de inicio: 4:01PM	Hora finalización: 4:46PM	07	09.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Laura Palomino				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez

Firma y sello del profesional: Laura María Gómez N. Psicóloga TP. 227427

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo.	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: x

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Alison Mariana Baquero Martinez	Nombres y apellidos de red de apoyo	Miryam Gutierrez
Tipo y número de documento de identidad.	T. 123.809.671	Teléfono de contacto: 3017999162	No documento Identidad 21235259.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	01	03	2025	x	x.		10:30cm	11:15cm	11:16cm	12:01pm.	22	03,	2025
2	22	03	2025	x	x.	Hora de inicio: 10:30cm / Hora finalización: 11:15cm Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: 11:16cm / Hora finalización: 12:01 pm Firma Beneficiario			11	04.	2025
3			2025			Hora de inicio: / Hora finalización: Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: / Hora Finalización: Firma beneficiario					2025
4			2025			Hora de inicio: / Hora finalización: Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: / Hora Finalización: Firma Beneficiario					2025

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No:227427

Laura Gomez

Firma y sello del profesional

Psicóloga
TP: 227427

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o Joven.	Laurin Sofia Reyes Jacanamijoy			Nombres y apellidos de red de apoyo	Yaneth Yajaira Jacanamijoy Tandioy		
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1029960398			Teléfono de contacto: 3223112815		No documento identidad	40331458

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio: 3:15PM	Hora finalización: 04:00PM	Hora de inicio 04:01PM	Hora finalización: 04:46PM	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	17	03	2025	X	X	Yaneth Jacanamijoy.		Laurin Reyes J.		10	04	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 10-3-25 Reprograma por que tiene una diligencia personal,
25-3-25 Reprograma porque se le presento algo a última hora y no pueden asistir.

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana García Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana García
Psicóloga / Especialista
T.P. No. 197647

Firma y sello del profesional

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO			PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA			MES: marzo	AÑO: 2025	Tipo de Vulneración:		ABS: ____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Armando Pineda Pinzón		Nombres y apellidos de red de apoyo		Diana Carolina Pinzón Cano			
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1029998436.		Teléfono de contacto:	3118343674.	No documento identidad	1120562854.		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30p.m.	Hora finalización: 2:15p.m.	Hora de inicio: 2:16p.m.	Hora finalización: 3:01p.m.	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	13	03	2025	X	X	Diana Pinzón		Armando Pineda		25	03.	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Contaban con atención el dia 25-03-2025, no asistieron y debido al trabajo de la señora Diana no cuenta con tiempo se programa para el mes de abril. y 2025.

Nombres y Apellidos:Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada.

Firma y sello del profesional: Diana Ma. Posada A. PSICÓLOGA T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Brandon Alexander Aguilera	Nombres y apellidos de red de apoyo		Luz Dary Mejia Leon			
Tipo y número de documento de identidad.	RC: 12 2537370	Teléfono de contacto:	3102010121	No documento identidad	28480596		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio: 7:00 am	Hora finalización: 7:45am	Hora de Inicio: 7:46am	Hora finalización: 8:31am	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03	2025	X	X	luzdarimeji				12	03	2025
2	12	03	2025	X	X	Hora de inicio: 7:00am Firma Red de Apoyo luzdarimeji A	Hora finalización: 7:45am	Hora de inicio: 7:46am Firma Beneficiario	Hora finalización: 8:31am 			2025
3			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma beneficiario	Hora Finalización:			2025
4			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma Beneficiario	Hora Finalización:			2025

OBSERVACIONES: Niño de 5 años aun no firma.

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No:216593

Cristhian David

Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández B
T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo.	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: x
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	FREDY LEONARDO PEÑA LOPEZ	Nombres y apellidos de red de apoyo		MARIA DE LOS ANGELES LOZANO ROJAS			
Tipo y número de documento de identidad.	1029466571	Teléfono de contacto:	311 655 7267.	No documento identidad	40 397 613		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	10	03	2025	x	x	[signature]	1:30 PM	Freddy Leonardo Peña	2:15 PM 2:16 PM 3:01 PM.	20	03.	2025
2	20	03	2025	x	x	[signature]	1:30 PM 2:15 PM	Freddy Leonardo Peña	2:16 PM 3:01 PM	02	04.	2025
3			2025			Firma Red de Apoyo	Hora de inicio: / Hora finalización:	Firma beneficiario	Hora de inicio: / Hora Finalización:			2025
4			2025			Firma Red de Apoyo	Hora de Inicio: / Hora finalización:	Firma Beneficiario	Hora de inicio: / Hora Finalización:			2025

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No:227427

Laura Gomez

Firma y sello del profesional: Laura Maria Gomez N. Psicóloga TP: 227427

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Jhon Alexander Valbuena Lozano	Nombres y apellidos de red de apoyo		Ninson Nieto Meso			
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1030745535	Teléfono de contacto:	3229368569	No documento identidad	17.323.895		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	06	03	2025	X				Jhon Valbuena Losano		11	03	2025
2	11	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:40am	Hora finalización: 8:37 am	20	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Jhon Valbuena Losano				
3	20	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:40am	Hora Finalización: 8:37 am	27	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Jhon Valbuena Losano				
4	27	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:40am	Hora Finalización: 8:37 am	03	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Jhon Valbuena Losano				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos:Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Firma y sello del profesional:

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
T.P. No. 172197

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Sara Valentina Horta	Nombres y apellidos de red de apoyo	Adiela Silva Materna
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 11094 2003	Teléfono de contacto: 3169347428	No documento identidad 38207956

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	12	03	2025	X	X	3:15pm	4:00pm	4:07pm	4:46 pm	26	03	2025
						Adiela Silva M.		Sara valentina Horta				
2	26	03	2025	X	X	3:15pm	4:00pm	4:07pm	4:46 pm	02	04	2025
						Adiela Silva. M.		Sara valentina Horta				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna.

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello del profesional: Yesica Rodriguez M. Psicóloga TP. No. 172197

Sede Villavicencio -Meta - Carrera 24 No. 37 C- 04-24 Barrio Villa Julia Bajo
Correo electrónico : fundeproapoyopsicologico@gmail.com - Cel. 317 372 4610

37

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Nairosky Zahirit Ortiz Puerta	Nombres y apellidos de red de apoyo		Jaqueline Quintero Bonilla			
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1072530358	Teléfono de contacto: 3115484480		No documento identidad	40373760		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30PM	Hora finalización: 2:15PM	Hora de inicio: 2:16PM	Hora finalización: 3:01PM	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	03	2025	X	X	JAQUELINE QUINTERO		Nairosky Zahirit Ortiz				2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 19-3-25 No asuten, red de apoyo refiere que la usuaria se encuentra en internado Usnar. 25-3-25 Usnar refiere que no traen la usuaria porque manifesto que ella se evadica.

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Angel Gabriel Mora Garrido		Nombres y apellidos de red de apoyo		Viviana Marcela Valero		
Tipo y número de documento de identidad.	1091978780		Teléfono de contacto:	3228658888	No documento identidad	52602789	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 8:45am	Hora finalización: 9:30am	Hora de inicio: 9:31am	Hora finalización: 10:16am	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	6	03	2025	X	X	Viviana Valero B.		Angel Gabriel		13	03	2025
						Hora de inicio: 8:45am	Hora finalización: 9:30am	Hora de inicio: 9:31am	Hora finalización: 10:16am			
2	13	03	2025	X	X	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				2025
						Viviana Valero B.		Angel Gabriel.				
						Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			
3			2025			Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				2025
						Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			
4			2025			Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				2025

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández B.
T.P. 216593

FUNDEPRO FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Eveling Torres Uribe	Nombres y apellidos de red de apoyo			Deyay Liuara Medina Figueroa		
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1120 868 268	Teléfono de contacto:	313 807 2896		No documento identidad	403947724	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	13	03	2025	X	X	08:45AM	9:30PM	09:31AM	10:16AM	10	04	2025
2			2025			Hora de inicio: / Hora finalización: / Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: / Hora finalización: / Firma Beneficiario				2025
3			2025			Hora de inicio: / Hora finalización: / Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: / Hora Finalización: / Firma beneficiario				2025
4			2025			Hora de inicio: / Hora finalización: / Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: / Hora Finalización: / Firma Beneficiario				2025

OBSERVACIONES: 27-03-25 No asisten, refieren que a última hora le programan cita de psiquiatría.

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana García Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Firma y sello del profesional

Viviana García
Psicóloga/ Especialista
T.P No. 197647

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Nathalie Valenca Valenca	Nombres y apellidos de red de apoyo	Marizel Ramirez Perez
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1105471805	Teléfono de contacto: 311 287 9347	No documento Identidad 40215122

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	21	03	2025	X	X	7:00AM	07:45AM	07:46AM	08:31AM	26	03	2025
						Marizel Ramirez Perez		Nathalie Valencia				
2	26	03	2025	X	X	Hora de inicio: 07:00AM	Hora finalización: 07:45AM	Hora de inicio: 07:46AM	Hora finalización: 08:31AM	11	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Marizel Ramirez Perez		Nathalie Valencia				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 11-03-25 Reprograman por que se encuentra en Bogotá 20-03-25 Reprograman tiene reunion
14-03-25 Reprograma Continua en Bogotà

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No: 197647

Viviana Garcia
Psicóloga/ Especialista
Firma y sello del profesional: T.P No. 197647

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES: MARZO.	AÑO: 2025	Tipo de Vulneración:		ABS: X.	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Luciana Isabella Garcia Vargas.	Nombres y apellidos de red de apoyo		NICOL DAYAN VARGAS CASTILLO.			
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1025 555 643	Teléfono de contacto: 300 510 3189.		No documento identidad	1.030.686.199.		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	19	03	2025	X				Luciana Vargas		29	03.	2025
2	29	03	2025	X.		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:46 am	Hora finalización: 8:31 am	05	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario: Luciana Isabella				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Se tenía estimado que la usuaria asistiera con su red de apoyo, sin embargo, por temas laborales no pudo asistir debido a esto solo se atendio a la usuaria.

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez

Laura María Gómez N.
Psicóloga
T.P. 227427

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Oscar Esteban Leal Rey		Nombres y apellidos de red de apoyo		Yensy Yurany Rey Ortiz		
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1121875230		Teléfono de contacto: 3134867054		No documento identidad	1.121.881.416	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	12	03	2025	X				Esteban Leal		17	03	2025
2	17	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16am	Hora finalización: 12:01pm			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Esteban Leal				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Progenitora del adolescente no asiste, no envía excusa, en la segunda atención menciona estar trabajando.

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Cristhian David

Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández B.
T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Sergio Elias Carranza Jimenez	Nombres y apellidos de red de apoyo	Diana Jimenez Dorcel
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1123991356	Teléfono de contacto:	3209030291
No documento identidad	1121898950		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	14	03	2025	X	X	10:30am	11:15am	11:16am	12:01pm	18	03	2025
						Diana Jimenez		Sergio Carranza				
2	18	03	2025	X	X	10:30am	11:15am	11:16am	12:01pm			2025
						Diana Jimenez		Sergio Carranza				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad

Psicólogo
Cristhian Hernández P
T.P. 216593

Nombres y Apellidos:Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No:216593

Cristian David
Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo.	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: ↗

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Linda Manana Lozano Rivero	Nombres y apellidos de red de apoyo	IRIM ISMAR RIVERO SANCHEZ.
Tipo y número de documento de identidad.	T. I 1122.526.462	Teléfono de contacto: 310 705 8420.	No documento identidad: 1.121.893.538.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	13	03	2025	X	X	10:30 am	11:15 am	11:16 am	12:01 Pm	22	03	2025
						Ismar Rivero		Linda Lozano				
2	22	03	2025	X	X	7:00 am	7:45 am	7:46 am	8:31 am	12	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Ismar Rivero		Linda Lozano				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez

Laura María Gómez N.
Psicóloga
T.P. 227427

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Julieth Xiomara Lara Ardila		Nombres y apellidos de red de apoyo		Ecilda Calvo		
Tipo y número de documento de identidad.	T-I 1121885523		Teléfono de contacto:	3103307009	No documento Identidad	51849872	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	03	2025	X	X	Ecilda Calvo		Julieth Xiomara		25	03	2025
2	25	03	2025	X	X	Hora de inicio: 10:30am	Hora finalización: 11:13am	Hora de inicio: 11:16am	Hora finalización: 12:01pm	08	04	2025
						Firma Red de Apoyo: Ecilda Calvo		Firma Beneficiario: Julieth Xiomara Lara				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Firma y sello del profesional: Yesica Rodriguez M. Psicóloga TP. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Eilen Yurany Villamizar Melo		Nombres y apellidos de red de apoyo			María Candad Pineda Mendoza	
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1127907320		Teléfono de contacto:	314 313 5558		No documento identidad	40 277 792

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	06	03	2025	X	X	3:15pm	4:00pm	4:07pm	4:46 pm	20	03	2025
						Canida Pineda.		Eilen Yurany Villamizar				
2	20	03	2025	X	X	3:15pm	4:00pm	4:07 pm	4:46 pm	03	04	2025
						Canida Pineda.		Eilen Yurany Villamizar				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna.

Nombres y Apellidos:Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Firma y sello del profesional: Yesica Rodriguez M. Psicóloga TP. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Yaira Nevaily Echavarria Arango	Nombres y apellidos de red de apoyo	Yudi milena Parra Arevalo
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1123565298	Teléfono de contacto: 312 381 6980	No documento identidad 40340305

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Firma Red de Apoyo	Firma Beneficiario	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar							Día	Mes	Año
1	05	03	2025	X				9:31AM	10:16AM		.yaira echavarria	15	03	2025
2	15	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8:45AM	Hora finalización: 9:30AM	Firma Red de Apoyo	.yaira echavarria	20	03	2025
3	20	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 08:45AM	Hora Finalización: 9:30AM	Firma Red de Apoyo	Firma beneficiario .yaira echavarria	31	03	2025
4	31	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16AM	Hora Finalización: 12:01PM	Firma Red de Apoyo	Firma Beneficiario .yaira echavarria	10	04	2025

OBSERVACIONES: N/A

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Firma y sello del profesional: Viviana Garcia Psicóloga/ Especialista TP No 197647

46

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Mariana Bolaños Torres		Nombres y apellidos de red de apoyo		Yudi Milena Parra Arevalo		
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1123862249		Teléfono de contacto: 3122119266		No documento identidad	40340305	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Firma Red de Apoyo	Hora de inicio:	Hora finalización:	Firma Beneficiario	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar							Día	Mes	Año
1	6	03	2025	X					10:30am	11:15am	Mariana Bolaños	13	03	2025
2	13	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Firma Red de Apoyo	Hora de inicio: 10:30am	Hora finalización: 11:15am	Firma Beneficiario Mariana Bolaños			2025
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Firma Red de Apoyo	Hora de inicio:	Hora Finalización:	Firma beneficiario			2025
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Firma Red de Apoyo	Hora de inicio:	Hora Finalización:	Firma Beneficiario			2025

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Cristian David

Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández P
T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: K
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Laura Cristina Cañetes Arias	Nombres y apellidos de red de apoyo			Francelina Tovar Dueños		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1120571210	Teléfono de contacto:	312 449 1930		No documento identidad	40 392 716	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	04	03	2025	X				2:16pm	3:07pm	11	03	2025
								Laura Cristina Cañetes				
2	11	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio: 8:49am	Hora finalización: 9:30am	18	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Laura Cristina Cañetes				
3	18	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio: 2:16 pm	Hora Finalización: 3:07 pm	26	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Laura Cristina Cañetes				
4	26	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio: 2:16 pm	Hora Finalización: 3:07pm	09	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Laura Cristina Cañetes				

OBSERVACIONES: Ninguna.

Nombres y Apellidos:Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
T.P. No. 172197
Firma y sello del profesional

15

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Zara Jimena Barrera Leon	Nombres y apellidos de red de apoyo	Kimberlly Fernanda Lugo Toledo.
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1123811262.	Teléfono de contacto: 3222114260	No documento identidad: cc. 1121948997.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	15	03	2025	X				10:30am.	11:15 am. Zara Barrera	19	03.	2025
2	19	03	2025	X				11:16am.	12:01pm. Zara Barrera	27	03	2025
3			2025									2025
4			2025									2025

Firma Red de Apoyo (Item 3) | Hora de inicio: | Hora finalización: | Firma beneficiario | Hora de inicio: | Hora Finalización:

Firma Red de Apoyo (Item 4) | Hora de inicio: | Hora finalización: | Firma Beneficiario | Hora de inicio: | Hora Finalización:

OBSERVACIONES: Se retoma atención el 15/03/25 dado que la cuidana tuvo egreso de clinica de salud mental, luego no asiste debido a que tuvo reunificación familiar

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas psicóloga TP. 172130

51

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:		ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Beatriz elena Barrera Bello	Nombres y apellidos de red de apoyo		Yudi milena Parra Arevalo			
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1128197742	Teléfono de contacto: 312 381 6480		No documento identidad	40340305		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	05	03	2025	X				11:16AM	12:01PM	15	03	2025
2	15	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16AM	Hora finalización: 12:01PM	20	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3	20	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30AM	Hora Finalización: 11:15AM	26	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4	26	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30AM	Hora Finalización: 11:15AM	08	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: N/A

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Firma y sello del profesional: Viviana Garcia Psicóloga y Especialista T.P No. 197647

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	03	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Laura Valentina Oviedo Jimenez	Nombres y apellidos de red de apoyo			Yudi milena Parra Arevalo		
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1117837718	Teléfono de contacto:	3123816980		No documento identidad	40340305	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	05	03	2025	X				10:30AM	11:15AM	15	03	2025
								Laura oviedo				
2	15	03	2025	X		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 08:45AM	Hora finalización: 09:30AM	20	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Laura oviedo				
3	20	03	2025	X		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio: 9:31AM	Hora Finalización: 10:16AM	26	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Laura oviedo				
4	26	03	2025	X		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31AM	Hora Finalización: 10:16AM	09	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Laura oviedo				

OBSERVACIONES: N/A

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Lorena Alexone Sanchez	Nombres y apellidos de red de apoyo	Yudi milena Parra Arevalo
Tipo y número de documento de Identidad.	T.I. 1127385861	Teléfono de contacto: 3123816980	No documento Identidad 40340305.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03	2025	X				11:16am.	12:01 p.m.	12	03.	2025
								Lorena Alexone Sanchez				
2	12	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am.	Hora finalización: 11:15 am.	17	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Lorena Alexone Sanchez				
3	17	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30 am.	Hora Finalización: 11:15 am.	26	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Lorena Alexone Sanchez				
4	26	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30 am.	Hora Finalización: 11:15 am.	03	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Lorena Alexone Sanchez				

OBSERVACIONES: Sin novedad

Nombres y Apellidos:Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Firma y sello del profesional: Diana Ma. Posada A. PSICÓLOGA T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Sara Sofia Rivera Blanco	Nombres y apellidos de red de apoyo	Yudi Milena Parra Arevalo
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1114006150	Teléfono de contacto: 3123816980	No documento identidad 40340305.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03	2025	X				10:30 am	11:15 am			2025
								Sara Sofia Rivera Blanco				
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Por solicitud de la autoridad administrativa se realiza cierre.

Nombres y Apellidos:Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada

Firma y sello del profesional

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

55

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO	PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Juan David Reyes Saac	Nombres y apellidos de red de apoyo	Saa Mina Nubia Yanet
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1029966669	Teléfono de contacto: 3194139478	No documento identidad 35264648

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03	2025	X	X	3:15 pm	4:00 pm	4:01 pm	4:46 pm	12	03	2025
						Sanelit Saa						
2	12	03	2025	X	X	1:30 pm	2:15 pm	2:16 pm	3:01 pm			2025
						Sanelit Saa						
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Psicólogo
Cristhian Hernández B.
T.P. 216593

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Diego Alejandro Peroza Mora			Nombres y apellidos de red de apoyo		Enrique Dominguez Arias	
Tipo y número de documento de identidad.	PPT. 1104940			Teléfono de contacto:	3142616149	No documento identidad	CE 1083354

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	6	03	2025	X				Diego		11	03	2025
2	11	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8:45am.	Hora finalización: 9:30am.	20	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3	20	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8:45am.	Hora Finalización: 9:30am.	25.	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4	25.	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8:45am.	Hora Finalización: 9:30am.	3	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No: 172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas psicóloga TP 172130

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Juan Felipe Pareda Vaca	Nombres y apellidos de red de apoyo			Lizbeth Astrid Agudelo		
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1122519236	Teléfono de contacto:	3219092528		No documento identidad	30.081.140	

Item	Fecha de intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03	2025	X				11:16am	12:01pm	10	03	2025
2	10	03	2025	X				Juan Felipe Pareda 10:30am	11:15am			2025
3			2025					Juan Felipe Pareda				2025
4			2025									2025

Firma Red de Apoyo | Hora de inicio: | Hora finalización: | Hora de inicio: | Hora Finalización: | Firma beneficiario

Firma Red de Apoyo | Hora de inicio: | Hora finalización: | Hora de Inicio: | Hora Finalización: | Firma Beneficiario

OBSERVACIONES: La señora Astrid refiere no poder asistir debido a que inicia en un nuevo trabajo.

Nombres y Apellidos:Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No:216593

Cristian David

Psicólogo
Cristhian Hernández B.
T.P. 216593

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO			PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA			MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: Ninguna
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	María Celeste Ruiz		Nombres y apellidos de red de apoyo			Stephania Aldana Coronado		
Tipo y número de documento de identidad.	1122535655.		Teléfono de contacto:	3186757741		No documento identidad	1075264934	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 7:00am.	Hora finalización: 7:45am	Hora de Inicio: 7:46am.	Hora finalización: 8:31am.	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	13	03	2025	X	X	Stephania Aldana C		María celeste.		29	03	2025
2	29	03	2025	X	X	Hora de inicio: 10:30am.	Hora finalización: 11:15am	Hora de Inicio: 11:16am	Hora finalización: 12:01pm.	08	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Stephania Aldana C		María celeste.				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No: 172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas Psicóloga T.P. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:		ABS: ____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Cristofer Estwalt Naranjo Turriago	Nombres y apellidos de red de apoyo		Hasbleidy Viviana Turriago Diaz			
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1123807210	Teléfono de contacto:	3123915493	No documento identidad	1121888002		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 3:15PM	Hora finalización: 04:00PM	Hora de inicio: 04:01PM	Hora finalización: 04:46PM	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	12	03	2025	X	X			*Cristofer Turriago		20	03	2025
2	20	03	2025	X	X	Hora de inicio: 3:15PM	Hora finalización: 04:00PM	Hora de inicio: 04:01PM	Hora finalización: 04:46PM	08	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								-Cristofer Turriago				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 19-03-2025 Reprogramas por que se encuentran enfermos de gripa.

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia Psicóloga / Especialista T.P. No. 197647

Firma y sello del profesional

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Juan Pablo Gutierrez Porras	Nombres y apellidos de red de apoyo			Danibel Porras Conoche		
Tipo y número de documento de identidad.	RC: 1.121.979.247	Teléfono de contacto:	3225628580		No documento identidad	PPT: 1085308	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	7	03	2025	X	X	8:45am	9:30am	9:31am	10:16am	12	03	2025
						. Danibel Porras						
2	12	03	2025	X	X	8:45am	9:30am	9:31am	10:16am			2025
						. Danibel Porras.						
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Niño de 5 años aun no escribe.

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Cristhian David

Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández
T.P. 216593

61

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Geidy Liceth Gomez Morales.		Nombres y apellidos de red de apoyo		Ana Maria Gaviria Cossio		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1122517165.		Teléfono de contacto:	3142739736	No documento identidad	43510766.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30 p.m.	Hora finalización: 2:15 p.m.	Hora de inicio: 2:16 p.m.	Hora finalización: 3:01 p.m.	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	6	03	2025	X	X	Ana Maria S		Liz Gomez Morales		19	03.	2025
						Hora de inicio: 3:15 p.m.	Hora finalización: 4:00 p.m.	Hora de inicio: 4:01 p.m.	Hora finalización: 4:46 p.m.			
2	19	03	2025	X	X	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		04.	04	2025
						Ana Maria S		Liz Gomez Morales				
						Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			
3			2025			Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				2025
						Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			
4			2025			Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				2025

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada

Firma y sello del profesional

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Emelyn Irene Castañeda Guzman.	Nombres y apellidos de red de apoyo	Magda Julieth Cardenas Rodriguez
Tipo y número de documento de identidad.	1.122.535285.	Teléfono de contacto: 3003652312.	No documento identidad 1.122646909

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	3	2025	X				Emelyn		18	3.	2025
2	18	3	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:46am	Hora finalización: 8:31am	25.	3	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								EmeLyn				
3	25	3	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31am.	Hora Finalización: 10:16 dm.	4	4	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								EmeLyn				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Madre sustituta no pudo asistir para el 7/3/25.

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No: 172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas psicóloga T.P. 172130

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Karol Luciana Romero Ortiz	Nombres y apellidos de red de apoyo			María Camila Ortiz Gomez		
Tipo y número de documento de identidad.	RC 1122941690	Teléfono de contacto:	3106254381		No documento identidad	1117513929	

Item	Fecha de intervención			Tipo de intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	14	03	2025	X					3:15PM	04:00PM	18	03	2025
2	18	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 1:30PM	Hora finalización: 2:15PM		25	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario					
3	25	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 1:30PM	Hora Finalización: 02:15PM		27	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario					
4	27	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 1:30PM	Hora Finalización: 02:15PM		10	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario					

OBSERVACIONES: Usuaria de 4 años de edad. No firma

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P. No. 197647

Firma y sello del profesional

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Darwin Enrique Paez.	Nombres y apellidos de red de apoyo			Samuel Hernando Velandia		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1122626727.	Teléfono de contacto:	3124277148		No documento Identidad	79668161	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03	2025	X	X	1:30 p.m.	2:15pm	2:16pm	3:01p.m.	18	03.	2025
								Darwin paez				
2	18	03	2025	X	X	8:45 am.	9:30 am.	9:31 am.	10:15 am.	03	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Darwin paez				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: sin novedad.

Nombres y Apellidos:Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada. Firma y sello del profesional

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	MARZO	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: x
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Juan David Romero Ortiz	Nombres y apellidos de red de apoyo		Maria Camila Ortiz Gomez			
Tipo y número de documento de identidad.	1.029.560.662	Teléfono de contacto:	310 625 4381	No documento identidad	1.117.513.929		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	08	03	2025	x	x	8:45 am	9:30 am	9:31 am	10:16 am	22	03	2025
						Maria Camila Ortiz		Juan David Romero Ortiz				
2	22	03	2025	x	x	8:45 am	9:30 am	9:31 am	10:16 am	12	04	2025
						Maria Camila Ortiz		Juan David Romero Ortiz				
3			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez

Laura María Gómez N.
Psicóloga
T.P. 227427

Firma y sello del profesional

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Michel Sofia Gutierrez Peña	Nombres y apellidos de red de apoyo			Yanira Peña Sanchez		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1123442558	Teléfono de contacto:	3147063833		No documento identidad	1.127.894.089	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	08	03	2025	X	X	Yanira Peña	10:30am	11:15am	11:16am	22	03	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 22-03-2025 - contaba con atención donde red de apoyo informa que usuaria se encuentra en proceso de hospitalización en salud mental

Nombres y Apellidos:Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Firma y sello del profesional: Yesica Rodriguez M. Psicóloga T.P. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	MARZO	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Andres Felipe Gonzalez Vaca		Nombres y apellidos de red de apoyo		Sandra Marjery Imbachi Casanare		
Tipo y número de documento de identidad.	1.118.122.935		Teléfono de contacto:	314.7146936	No documento identidad	26.698.720	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 3:15 PM	Hora finalización: 4:00 PM	Hora de inicio: 4:01 PM	Hora finalización: 4:46 PM	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	03	03	2025	X	X			Andres Felipe Gonzalez Vaca		10	03	2025
						Hora de inicio: 3:15 PM	Hora finalización: 4:00pm	Hora de inicio: 4:01 PM	Hora finalización: 4:46 PM			
2	10	03	2025	X	X.	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		12	04.	2025
								Andres Felipe Gonzalez Vaca				
						Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			
3			2025			Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				2025
						Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			
4			2025			Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				2025

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No:227427

Laura Gómez

Firma y sello del profesional:

Laura María Gómez N.
Psicóloga
TP. 227427

28

68

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Andres Felipe Romero Justacara.	Nombres y apellidos de red de apoyo			Nyriam Morales Chavez.		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1029991115.	Teléfono de contacto:	3202725967		No documento identidad	40385432.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	15	03	2025	X	X		7:00 am.	7:45am.	7:46 am.	8:31 am.		2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Se recibe egreso el 25 de marzo 2025. Por solicitud de la autoridad administrativa.

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No: 143325

Firma y sello del profesional: Diana Posada.

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	ABRAHAM SAMIR FLORES COLMENARES	Nombres y apellidos de red de apoyo	Solimar Yesenia Colmenares Briceño
Tipo y número de documento de identidad.	PPT 3351095	Teléfono de contacto:	322 449 7259
No documento identidad	PPT 3849236		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	10	03	2025	X	X	10:30 cm	11:15 cm	11:16 cm	12:01 cm	21	03	2025
						Solimar		Abraham				
2	21	03	2025	X	X	Hora de inicio: 8:45 cm	Hora finalización: 9:30 cm	Hora de inicio: 9:31 cm	Hora finalización: 10:16 cm	02	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Solimar		Abraham				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No:227427

Laura Gomez

Firma y sello del profesional:

Laura María Gómez N.
Psicóloga
TP: 227427

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Mar 20	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Kathervyn sofia Mesa Aguilar.	Nombres y apellidos de red de apoyo			Olga Lucely Mesa Gallo		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1029990639.	Teléfono de contacto:	3219612890.		No documento identidad	40443502.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	29	03.	2025	X		Virtual		Katheryn Mesa.		1	04.	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Virtual.						
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Debido a la solicitud de la autoridad administrativa se realiza contacto virtual con la progenitora de la usuaria, ante la negativa de sofia se realiza atención de manera individual

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada
Firma y sello del profesional

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

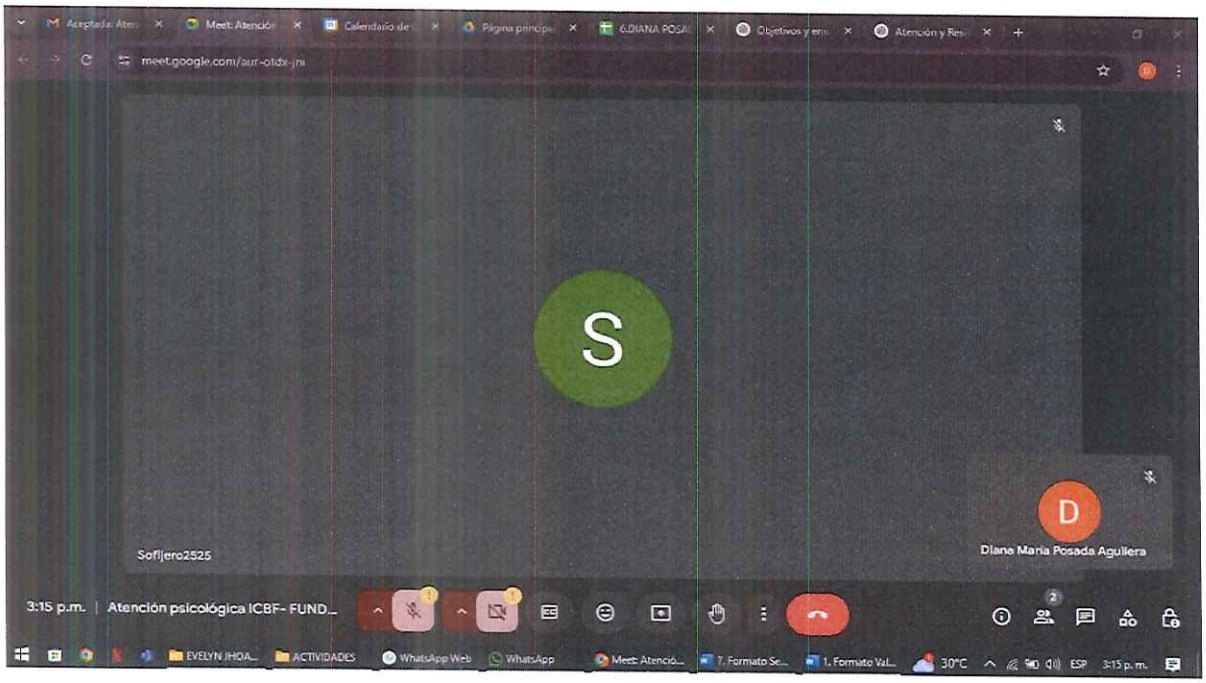
FUNDERRO

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

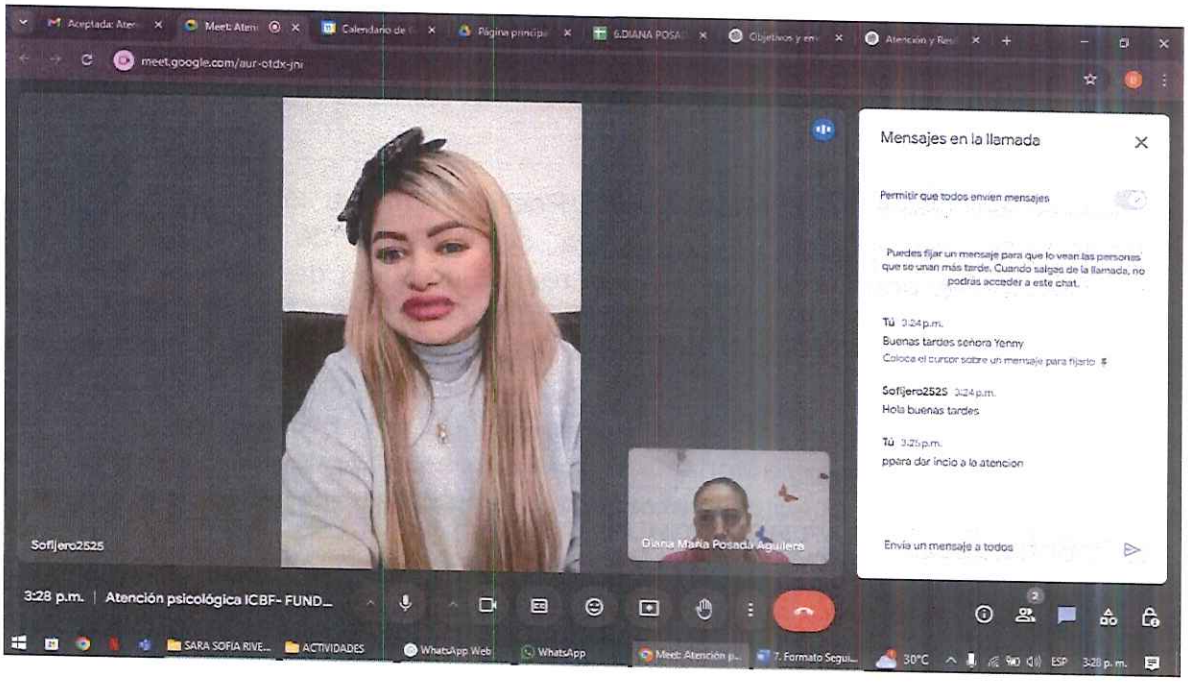
CERTIFICACIÓN

Por medio del presente yo Diana María Posada Aguilera identificada con C.C. 1.120.499.089, en calidad de psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado me permitido certificar que realice atención de manera virtual a la señora **YENNY MARLEN AGUILAR MENDOZA** y a sus hijos **DANIEL JERONIMO MESA AGUILAR T.I. 1.230.343.156** y **KATHERYN SOFIA MESA AGUILAR T.I. 1.029.990.639** el día martes 11 de marzo 2025 a las 3:15 pm – 4:00 pm, por medio del link https://calendar.app.google/4L1LAvjdUZXbuQuV8, esta atención se realiza de manera virtual con previa autorización de la supervisor de contrato Rowig Enrique de la Cruz de la Hoz a solicitud realizada por la defensora de familia Yulian Liseth Ustariz Bohórquez.

Se anexa autorización y evidencia fotográfica.



Carrera 24 N° 37c – 04 – 24 Barrio Villa Julia –
Correo Electrónico fundeproapoyopsicologico@gmail.com
Villavicencio – Meta - Colombia



Diana Posada
Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

Diana María Posada Aguilera
C.C. 1.120.499.089
Psicóloga - Apoyo Psicológico Especializado
FUNDEPRO

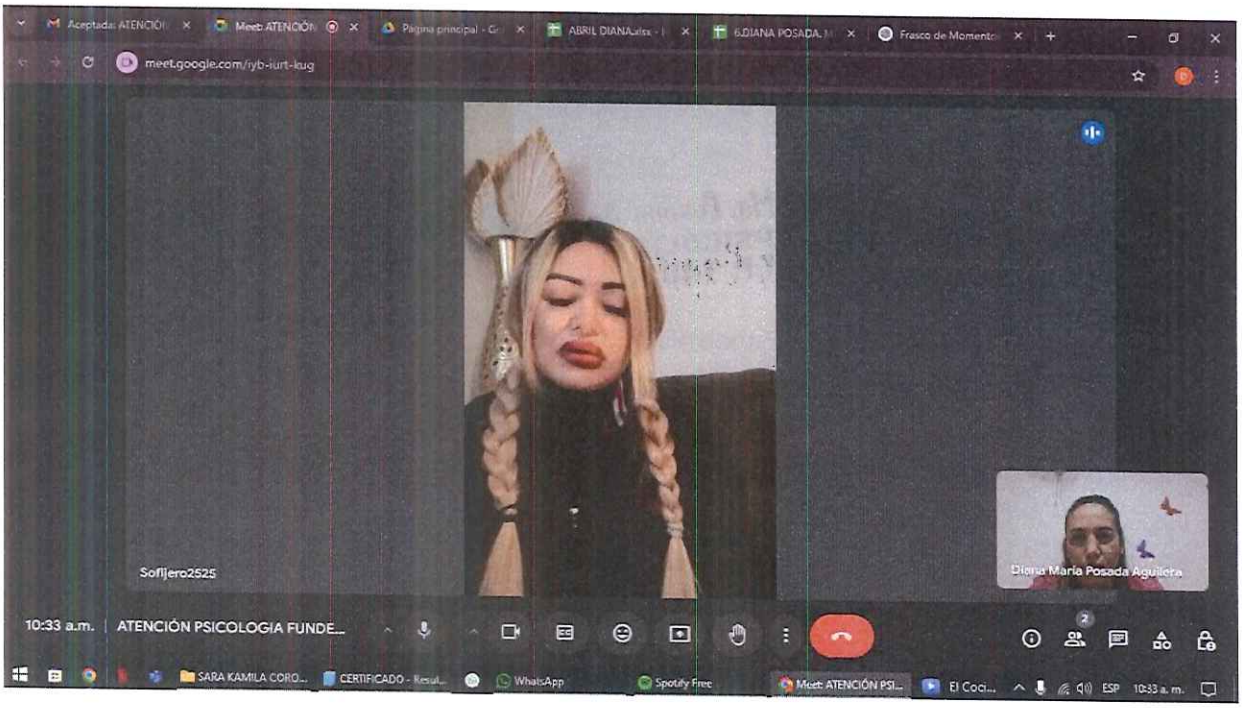
FUNDEPRO

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

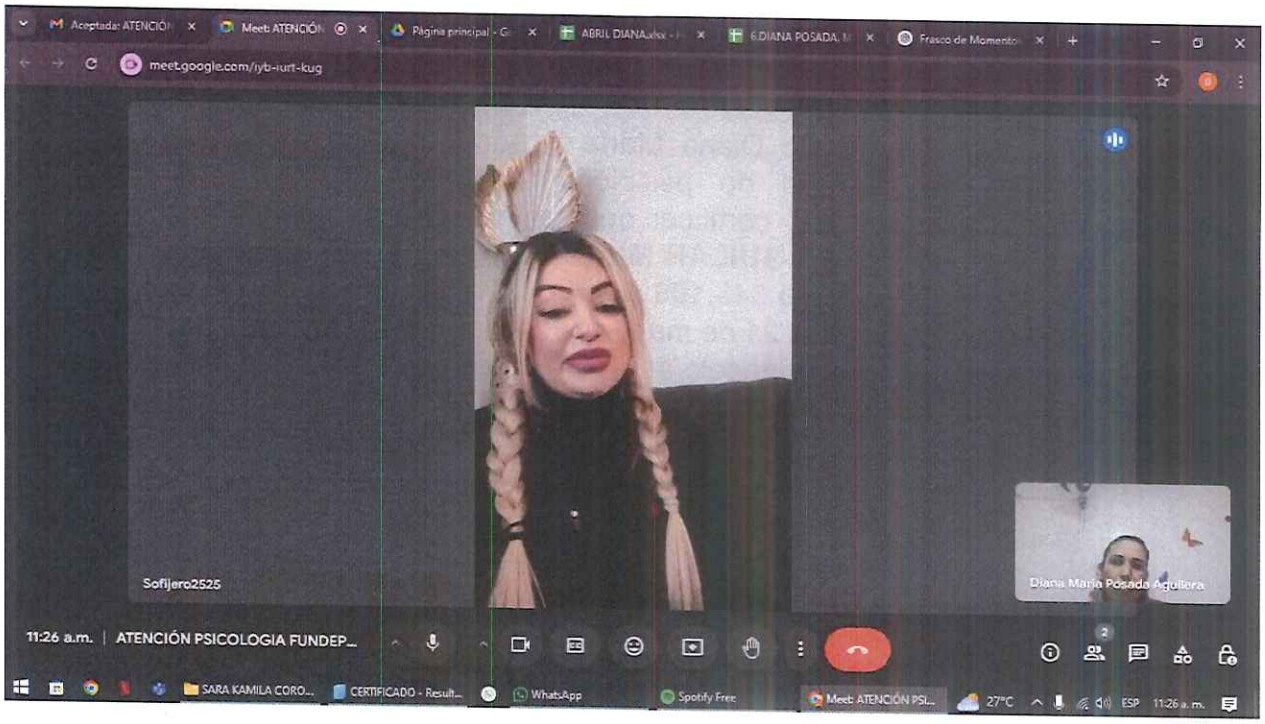
CERTIFICACIÓN

Por medio del presente yo Diana María Posada Aguilera identificada con C.C. 1.120.499.089, en calidad de psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado me permitido certificar que realice atención de manera virtual a la señora **YENNY MARLEN AGUILAR MENDOZA** y a sus hijos **DANIEL JERONIMO MESA AGUILAR T.I. 1.230.343.156** y **KATHERYN SOFIA MESA AGUILAR T.I. 1.029.990.639** el día martes 21 de marzo 2025 a las 10:30 am a 11:15 am por medio del link https://calendar.app.google/4L1LAvjdUZXbuQuV8, esta atención se realiza de manera virtual con previa autorización de la supervisor de contrato Rowig Enrique de la Cruz de la Hoz a solicitud realizada por la defensora de familia Yulian Liseth Ustariz Bohórquez.

Se anexa autorización y evidencia fotográfica.



Carrera 24 N° 37c – 04 – 24 Barrio Villa Julia –
Correo Electrónico fundeproapoyopsicologico@gmail.com
Villavicencio – Meta - Colombia



Diana Posada
Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

Diana María Posada Aguilera
C.C. 1.120.499.089
Psicóloga - Apoyo Psicológico Especializado
FUNDEPRO

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Daniel Jeronimo Mesa Aguilar.		Nombres y apellidos de red de apoyo		Olga Lucely Mesa Gallo		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1230343156.		Teléfono de contacto:	3219612890	No documento identidad	40443502.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	29	03.	2025	X		Virtual.		Daniel Jeronimo mesa		01	04	2025
2			2025			Hora de inicio: / Firma Red de Apoyo: Virtual.	Hora finalización:	Hora de inicio: / Firma Beneficiario	Hora finalización:			2025
3			2025			Hora de inicio: / Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: / Firma beneficiario	Hora Finalización:			2025
4			2025			Hora de inicio: / Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: / Firma Beneficiario	Hora Finalización:			2025

OBSERVACIONES: Por solicitud de la autoridad administrativa se realiza contacto virtual con la progenitora del infante. Debido a la negativa de Daniel para comunicarse con la señora Yenny se realiza las atenciones de manera individual.

Nombres y Apellidos: Diana María Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada.

Firma y sello del profesional:

Diana Ma. Posada A.
PSICOLOGA
T.P. 143325

42

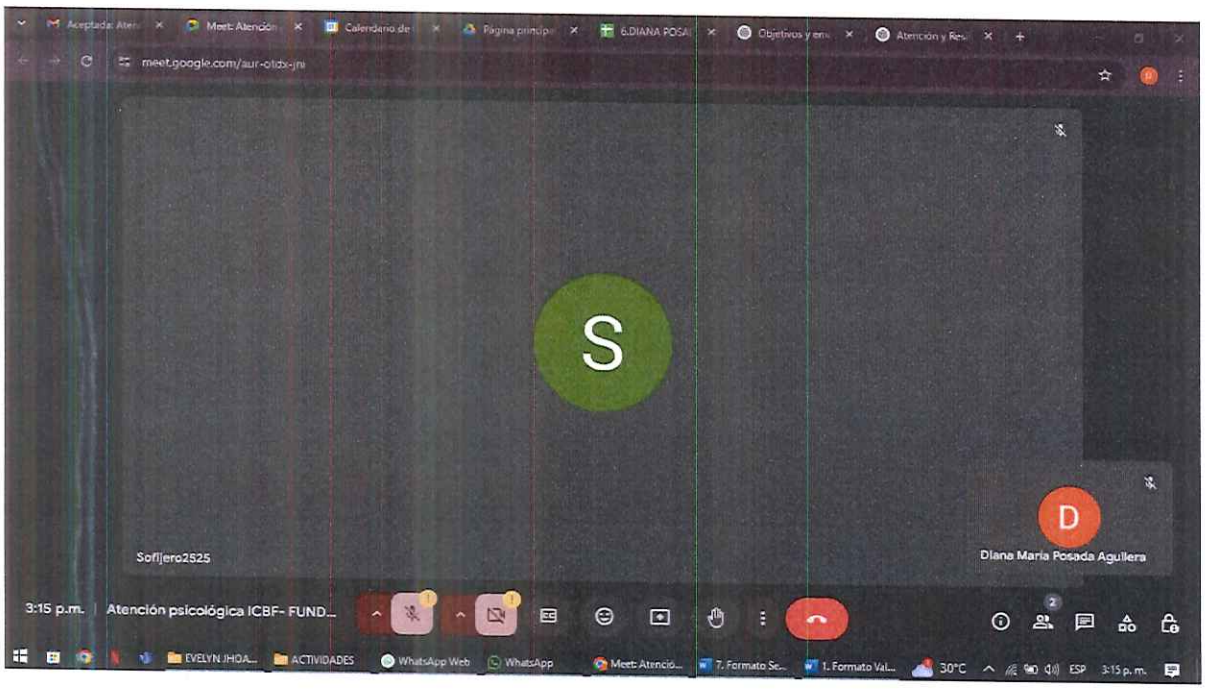
FUNDERRO

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

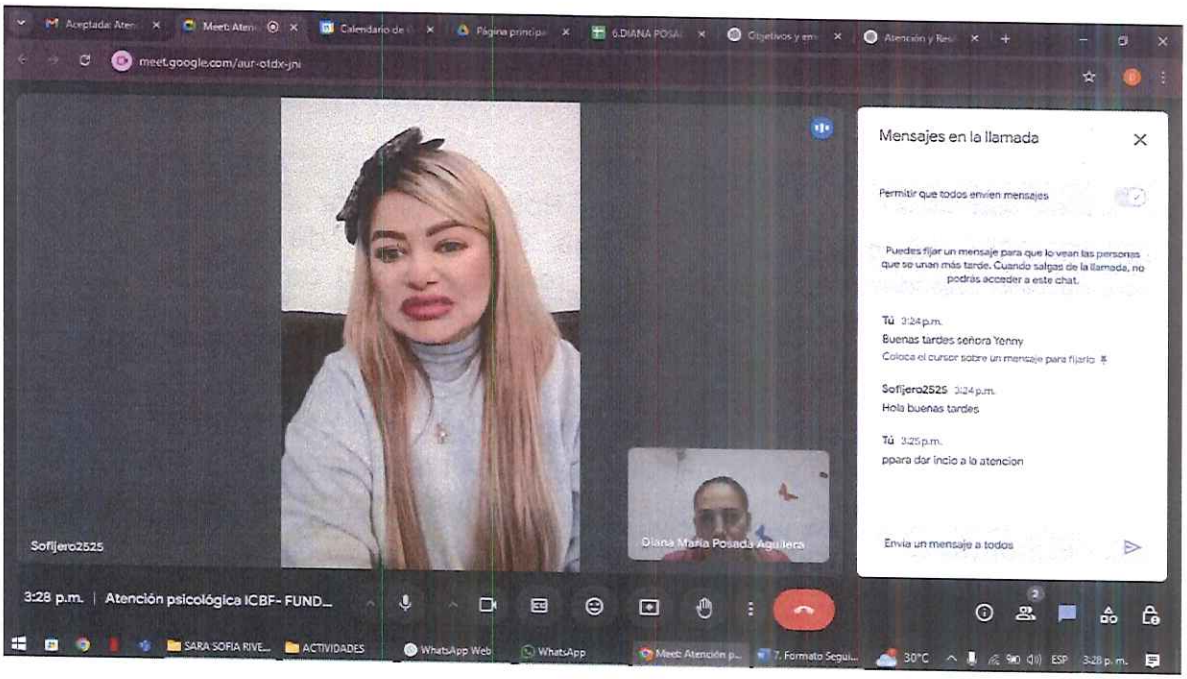
CERTIFICACIÓN

Por medio del presente yo Diana María Posada Aguilera identificada con C.C. 1.120.499.089, en calidad de psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado me permitido certificar que realice atención de manera virtual a la señora **YENNY MARLEN AGUILAR MENDOZA** y a sus hijos **DANIEL JERONIMO MESA AGUILAR T.I. 1.230.343.156** y **KATHERYN SOFIA MESA AGUILAR T.I. 1.029.990.639** el día martes 11 de marzo 2025 a las 3:15 pm – 4:00 pm, por medio del link https://calendar.app.google/4L1LAvjdUZXbuQuV8, esta atención se realiza de manera virtual con previa autorización de la supervisor de contrato Rowig Enrique de la Cruz de la Hoz a solicitud realizada por la defensora de familia Yulian Liseth Ustariz Bohórquez.

Se anexa autorización y evidencia fotográfica.



Carrera 24 N° 37c – 04 – 24 Barrio Villa Julia –
Correo Electrónico fundeproapoyopsicologico@gmail.com
Villavicencio – Meta - Colombia



Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

Diana María Posada Aguilera
C.C. 1.120.499.089
Psicóloga - Apoyo Psicológico Especializado
FUNDEPRO

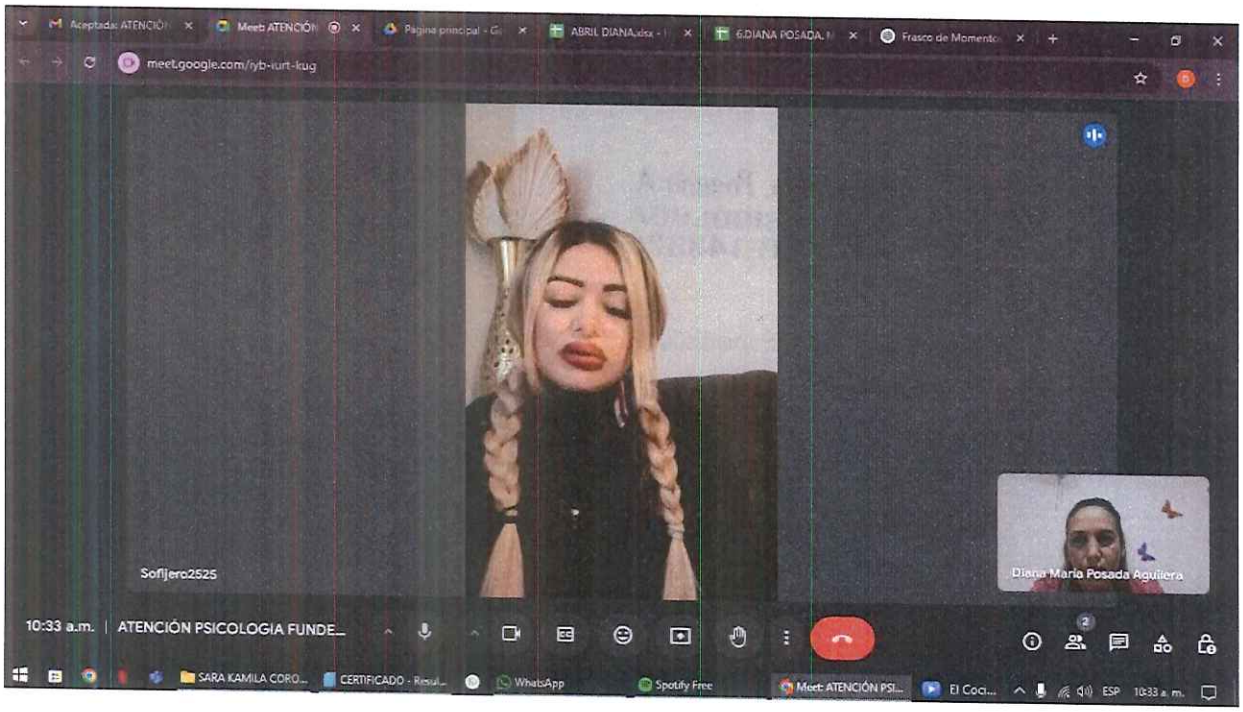
FUNDEPRO

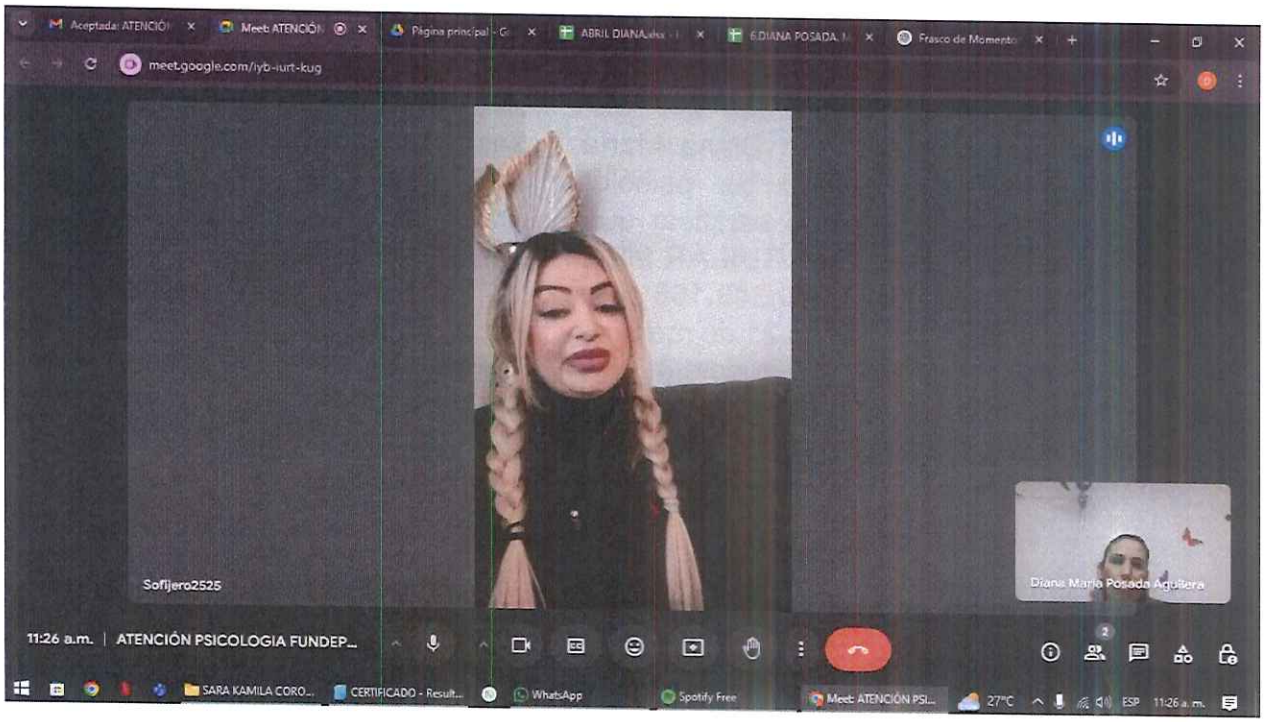
FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

CERTIFICACIÓN

Por medio del presente yo Diana María Posada Aguilera identificada con C.C. 1.120.499.089, en calidad de psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado me permitido certificar que realice atención de manera virtual a la señora **YENNY MARLEN AGUILAR MENDOZA** y a sus hijos **DANIEL JERONIMO MESA AGUILAR T.I. 1.230.343.156** y **KATHERYN SOFIA MESA AGUILAR T.I. 1.029.990.639** el día martes 21 de marzo 2025 a las 10:30 am a 11:15 am por medio del link https://calendar.app.google/4L1LAvjdUZXbuQuV8, esta atención se realiza de manera virtual con previa autorización de la supervisor de contrato Rowig Enrique de la Cruz de la Hoz a solicitud realizada por la defensora de familia Yulian Liseth Ustariz Bohórquez.

Se anexa autorización y evidencia fotográfica.





Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

Diana María Posada Aguilera
C.C. 1.120.499.089
Psicóloga - Apoyo Psicológico Especializado
FUNDEPRO

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Mar 20	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Fuhrer Andrey Echeverry Tovar.	Nombres y apellidos de red de apoyo		Jael Rodriguez Ortiz.			
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1095925883.	Teléfono de contacto:	3506801838	No documento identidad	40398752.		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	12	03	2025	X	X	3:15 p.m.	4:00 p.m.	4:01 p.m.	4:46 p.m.	25	03.	2025
						Jael R 40.398752 Vldo		Judy Tovar				
2	25	03	2025	X	X	Hora de inicio: 10:30 am.	Hora finalización: 11:15 am.	Hora de inicio: 11:16 am.	Hora finalización: 12:01 p.m.	1	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Jael Rodriguez 40.398752 Vldo		Judy Tovar				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No: 143325

Diana Posada
Firma y sello del profesional

Diana Ma. Posada A
PSICÓLOGA
T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	María Paula Cardenas Mikolic	Nombres y apellidos de red de apoyo			Carlos Eduardo Cardenas Zamora		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1123862650	Teléfono de contacto:	3123927189		No documento identidad	17.333.664	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	03	03	2025	X	X	Carlos Eduardo Cardenas 17'333664 V/.D	3:19 pm / 4:00 pm	María Paula Cárdenas	4:07 pm / 4:46 pm	17	03	2025
2	17	03	2025	X	X	Carlos Eduardo Cardenas 17333664 V/.D	3:15 pm / 4:00 pm	María Paula Cárdenas	4:07 pm / 4:46 pm	07	04	2025
3			2025			Firma Red de Apoyo	Hora de inicio: / Hora finalización:	Firma beneficiario	Hora de inicio: / Hora Finalización:			2025
4			2025			Firma Red de Apoyo	Hora de inicio: / Hora finalización:	Firma Beneficiario	Hora de inicio: / Hora Finalización:			2025

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello del profesional: Yesica Rodriguez M. Psicóloga TP. No. 172197

74

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	S0006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Deisy Luciana Ovalle Arias		Nombres y apellidos de red de apoyo		Fredy Ovalle Arrego		
Tipo y número de documento de identidad.	R.C 1123878948		Teléfono de contacto: 322 352 8394		No documento Identidad	1006534989	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	19	03	2025	X	X	8:45 am	9:30 am	9:32 am	10:16 am	25	03	2025
2	25	03	2025	X	X	8:45 am	9:30 am	9:32 am	10:16 am	04	04	2025
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Por edad de la niña se toma huella.
12-03-2025. contaban con atención pero no asiste porque no le dieron permiso en el trabajo, se reprograma 19-03.

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello del profesional

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
T.P. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Ethan Manuel Alarcon Gonzalez	Nombres y apellidos de red de apoyo			Karen Lisseth Gonzalez Targuino		
Tipo y número de documento de identidad.	RC. 1121951474	Teléfono de contacto: 3505710040			No documento identidad	1121945064	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	9	3	2025	X	X	karen lizeth Gonzalez. Targuino				21	3.	2025
2	21	3	2025	X	X	Hora de inicio: 8:45am.	Hora finalización: 4:30am	Hora de inicio: 9:31am	Hora finalización: 10:16am.	5	04	2025
						Firma Red de Apoyo: karen lizeth Gonzalez Targuino		Firma Beneficiario: 				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna, se toma registro de huella por la edad del niño que no sabe escribir.

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Carolina Rojas psicóloga T.P. 172130

Firma y sello del profesional:

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Valery Alejandra Romero Justacara.	Nombres y apellidos de red de apoyo	Myriam Morales Chavez.
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1230342440	Teléfono de contacto: 3202725967.	No documento identidad 40385432.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	15	03	2025	X				.Valery				2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES:
Se recibe egreso el dia 25 marzo 2025. Solicitado por la autoridad administrativa.

Nombres y Apellidos:Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada.
Firma y sello del profesional:

Diana Ma. Posada A.
PSICOLOGA
T.P. 143325

77

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Shanck Milena Murillo Moncalero	Nombres y apellidos de red de apoyo			Gina Liliana Saenz Suarez		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1120 366 379	Teléfono de contacto:	3229712753		No documento Identidad	1.127.882.756	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	05	03	2025	X				7:00 am	7:45 am	12	03	2025
								Shanck Milena Murillo				
2	12	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:00 am	Hora finalización: 7:45 am	19	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Shanck Milena Murillo				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 14-03-2025. Contaba con atención para red de apoyo informa que la usuaria Presento abandono irregular a la medida.

Nombres y Apellidos:Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
TP. No. 172197

Firma y sello de profesional

78

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Mar-20	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Kinberly Dayana Rodriguez Pardo	Nombres y apellidos de red de apoyo	Lilia Navas Macabares Maria Isabel pardo
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1123875126	Teléfono de contacto: 3107910532	No documento identidad: 41211527 1123848660

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	06	03	2025	x	x	8:45am	9:30am	9:37 am	10:16am	20	03	2025
						Lilianavas Macabares 41211527		Kinberly Dayana Rodriguez Pardo				
2	18	03	2025		x	8:45am	9:30am			08	04	2025
						Maria Isabel Pardo						
3	20	03	2025	x				9:37 am	10:16 am	03	04	2025
								Kinberly Dayana Rodriguez.				
4			2025									2025

OBSERVACIONES: Teniendo en cuenta solicitud de la actividad administrativa se realiza atención con la progenitora de la NNA el día 18-03 y se programa proxima atención para el 8-04

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello del profesional:

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
T.P. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Zammy Yariana Saavedra Castañeda	Nombres y apellidos de red de apoyo			Kimberly Fernanda Lago Toledo		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1120 803073	Teléfono de contacto:	310 312 3098		No documento identidad	1.121.948.997	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	05	03	2025	X				11:16am	12:07 pm	12	03	2025
								Zammy Saavedra				
2	12	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16am	Hora finalización: 12:07 pm	19	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Zammy Castañeda				
3	19	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16 am	Hora Finalización: 12:07 pm	26	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Zammy Yariawuca				
4	26	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16 am	Hora Finalización: 12:07 pm	02	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Zamm Yariawuca				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos:Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No:172197

Yesica Rodriguez

Firma y sello del profesional:

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
TP. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	MARZO	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	NICOL SOFIA RINTA MESA	Nombres y apellidos de red de apoyo			KIMBERLY FERNANDA LUGO TOLEDO.		
Tipo y número de documento de identidad.	1.121.877.359	Teléfono de contacto:	322 211 9260.		No documento identidad	1.121.968.997	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	12	03	2025	X				Nicol Rinta		14	03	2025
2	14	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8:45 am	Hora finalización: 9:30 am	17	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Nicol Rinta				
3	17	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8:45 am	Hora Finalización: 9:30 am	20	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Nicol Rinta				
4	20	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8:45 am	Hora Finalización: 9:30 am	04	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Nicol Rinta				

OBSERVACIONES: No aplica

Laura María Gómez N.
Psicóloga
TP: 227427

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez
Firma y sello del profesional:

31

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	MARZO	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	DORA FLOR MARTINEZ VELOZA	Nombres y apellidos de red de apoyo		KIMBERLY FERNANDA LUGO TOLEDO			
Tipo y número de documento de identidad.	1.120.597.660.	Teléfono de contacto: 322 211 4260		No documento identidad	1.121.948.991.		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	12	03	2025	X				Dora flor Martinez		14	03	2025
2	14	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31 am	Hora finalización: 10:16 am	17	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Dora flor Martinez				
3	17	03	2025	X.		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31 am	Hora Finalización: 10:16 am	19	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Dora flor Martinez				
4	19	03	2025	X.		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31 am	Hora Finalización: 10:16 am	07	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Dora flor Martinez				

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos:Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No:227427

Laura Gomez

Laura María Gómez N. Psicóloga T.P. 227427

Firma y sello del profesional

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Juan Camilo Ibra Torres		Nombres y apellidos de red de apoyo		Cecilia Cepeda		
Tipo y número de documento de identidad.	T. 121. 929. 022.		Teléfono de contacto:	314 249 9544.	No documento identidad		39. 640. 349.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	18	03	2025	X	X	10:30am	11:15am	11:16am	12:01pm	26	03	2025
2	26	03	2025	X	X.	10:30am	11:15am	11:16am	12:01pm	09	04	2025
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: El usuario no sabe escribir, se firma con huella.

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez

Firma y sello del profesional:

Laura María Gómez N.
Psicóloga
T.P. 227427

83

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Dulce Isabella Delgado Aparicio	Nombres y apellidos de red de apoyo			Claudia Patricia Patiño		
Tipo y número de documento de identidad.	RC. 1123820817	Teléfono de contacto: 3125498548			No documento identidad	65780677	

Item	Fecha de intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	10	03	2025	X	X	7:46AM	8:31AM	8:45AM	9:30AM	14	03	2025
						Claudia P Patiño						
2	14	03	2025	X	X	08:45AM	9:30AM	9:31AM	10:16AM	11	04	2025
						Claudia P Patiño						
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Usuaria de 3 años de edad, no firma

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
Firma y sello del profesional

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Danna Salome Delgado aparicio	Nombres y apellidos de red de apoyo			Claudia Patricia Patiño		
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1121953234	Teléfono de contacto:	3125498548		No documento Identidad	65 780 677	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	10	03	2025	X				09:31AM	10:16AM	14	03	2025
								Danna Salome Delgado - aparicio.				
2	14	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30AM	Hora finalización: 11:15AM.	17	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								. Danna Salome Delgado - aparicio.				
3	17	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 08:45AM	Hora Finalización: 9:30AM	25	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Danna Salome Delgado - aparicio.				
4	25	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31AM	Hora Finalización: 10:16AM.	11	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Danna Salome Delgado - aparicio.				

OBSERVACIONES: NIA

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista

Firma y sello del profesional No 197647

35

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO			PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA			MES marzo	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Janna Sofia Anza Apancio		Nombres y apellidos de red de apoyo			Claudia Patricia Apancio Patiño		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1122936423.		Teléfono de contacto:	3105768309.		No documento identidad	1121906462.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	10	03	2025	X	X	8:45am.	9:30am	9:31am.	10:16am.	21	03	2025
						Claudia Apancio.		Janna Sofia Ayiza				
2	21	03	2025	X	X	Hora de inicio: 8:45 am.	Hora finalización: 9:30am.	Hora de inicio: 9:31 am	Hora finalización: 10:16 am.	2	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Claudia Apancio		Janna sofia Ayiza				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: En el mes de marzo se da inicio a las atenciones con la progenitora de Janna.

Nombres y Apellidos:Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada

Firma y sello del profesional: Diana Ma. Posada A. PSICÓLOGA T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Erick Felipe Alarcon Gonzalez.	Nombres y apellidos de red de apoyo	Karen Lizeth Gonzalez Tarquino
Tipo y número de documento de identidad.	RC. 1.123452486	Teléfono de contacto: 3505710040	No documento identidad: cc. 1121945064

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	8	3	2025	X				11:16am	12:01pm	12	3	2025
2	12	3	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:46am	Hora finalización: 9:31am.	21	3	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3	21	3	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16am	Hora Finalización: 12:01pm.	26	3	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4	26	3	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16am	Hora Finalización: 12:01pm.	5	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas psicóloga T.P. 172130

87

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: ✓
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Damian stick Alarcon Gonzalez.	Nombres y apellidos de red de apoyo		Karen Lizeth Gonzalez Targuino			
Tipo y número de documento de identidad.	1.122 537191	Teléfono de contacto:	3505710040	No documento identidad	cc 1121945064		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	8	3	2025	X				Dahiah		12	3	2025
2	12.	3	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 7:00am.	Hora finalización: 7.45am	21	3	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3	21	3	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am	Hora Finalización: 11:15am.	26	3.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4	26.	3.	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am	Hora Finalización: 11:15	5	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna.

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas Psicologa T.P. 172130

88

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Isabela Valentina Piña Vargas	Nombres y apellidos de red de apoyo	Gabriela del Carmen Vargas Palacios
Tipo y número de documento de identidad.	NV 1622	Teléfono de contacto: 3144925036	No documento Identidad 24158882

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	18	03	2025	X	X	Gabriela vargas		Isabella vargas		28	03	2025
2	28	03	2025	X	X	Hora de inicio: 08:45AM Firma Red de Apoyo Gabriela vargas.	Hora finalización: 09:30AM	Hora de inicio: 09:31AM Firma Beneficiario Isabella vargas	Hora finalización: 10:16AM	14	04	2025
3			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma beneficiario	Hora Finalización:			2025
4			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma Beneficiario	Hora Finalización:			2025

OBSERVACIONES: NIA

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Firma y sello del profesional: Viviana Garcia Psicóloga / Especialista T.P No. 197647

FUNDEPRO FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Anyel Liceth Leguizamon	Nombres y apellidos de red de apoyo	Yuli Milena Parra Arevalo
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1123440379	Teléfono de contacto:	3122114260
		No documento identidad	40340305

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	13	03	2025	X				11:16 am	12:01 pm	19	03	2025
								- Anyel Liceth Leguizamo				
2	19	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16 am	Hora finalización: 12:01 pm			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								- Anyel Liceth Leguizamo				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No: 216593

Cristian David

Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández P.
T.P. 216593

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Andrea Gabriela Borda Pinillos			Nombres y apellidos de red de apoyo	Claudia Patricia Pinillos Rocha		
Tipo y número de documento de Identidad.	T.I 1127423258			Teléfono de contacto: 300 505 3052		No documento identidad	1076 076 790

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	10	03	2025	X	X	10:30am	11:15am	11:16am	12:07pm	22	03	2025
						Claudia Pinillos Rocha 1016016 790						
2	22	03	2025	X	X	10:30am	11:15am	11:16am	12:07pm	05	04	2025
						Claudia Pinillos Rocha 1016016 790						
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Se Pone huella ya que la usuaria no sabe escribir.

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello del profesional: Yesica Rodriguez M. Psicóloga T.P. No. 172197

91

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Cristian Esneider. Perez Cubides		Nombres y apellidos de red de apoyo		Ruth Celmira Guataquira Osson		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1.121916048.		Teléfono de contacto: 3208972762		No documento identidad	cc. 40436521	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	6	03	2025	X	X	Ruth Guataquira		Cristian-Et		12	03	2025
2	12	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am.	Hora finalización: 11:15am.	9	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								CristianE				
3	13	03	2025		X	Hora de inicio: 2:16pm.	Hora finalización: 3:01pm.	Hora de inicio:	Hora Finalización:	3.	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
						LuzEstelaCubidesBlandon						
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna, hay 2 redes de apoyo teniendo en cuenta la solicitud de la autoridad administrativa.

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: AstridCarolinaRojas

Carolina Rojas
psicóloga
TP. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Lizth Ximena Rengifo Alba	Nombres y apellidos de red de apoyo	Maria Sonia Garcia Reyes
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1012399646	Teléfono de contacto: 3102781450	No documento identidad 52067808

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	03	2025	X	X	3:18PM	04:00PM	04:01PM	04:46PM	15	04	2025
						Sonia Garcia R		Lizth Ximena Rengifo Alba				
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 28-03-2025 No asiste refiere que no le dieron permiso en el trabajo - a la red de apoyo

Nombres y Apellidos:Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga/ Especialista
Firma y sello del profesional TP No. 197647

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES MARZO	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	MAIRA FERNANDA JARA TORRES.	Nombres y apellidos de red de apoyo		Lilia Avendaño Gutierrez			
Tipo y número de documento de identidad.	R.C 1.123.499174.	Teléfono de contacto:	3115089492.	No documento identidad	38.250446.		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 3:15PM	Hora finalización: 4:00PM	Hora de inicio: 4:01PM	Hora finalización: 4:46PM	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	27	03	2025	x	x					08	04.	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: La madre sustituta, tiene a cargo un ma·cond discapacidad y estuvo en citas medicas en Bogotá Ocasionando la inasistencia a las programaciones.

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gómez — Laura María Gómez N. Psicóloga T.P. 227427

Firma y sello del profesional

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Thiago Millen Ortega R.	Nombres y apellidos de red de apoyo			Indira Milena Zadino Ortega		
Tipo y número de documento de identidad.	RC: 1122941273	Teléfono de contacto:	3133795645		No documento identidad	CC: 1121894901	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30 pm	Hora finalización: 2:15 pm	Hora de inicio: 2:16 pm	Hora finalización: 3:01 pm	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	03	2025	X	X					18	03	2025
2	18	03	2025	X	X	Hora de inicio: 7:00am	Hora finalización: 7:45am	Hora de inicio: 7:46 am	Hora finalización: 8:31am			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Niño de 5 años aun no firma.

Nombres y Apellidos:Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No:216593

Cristhian David

Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández P.
T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Enith Maryori Aguja Molano	Nombres y apellidos de red de apoyo	Yudi Milena Parra Arevalo
Tipo y número de documento de Identidad.	T.I. 1120870264.	Teléfono de contacto: 3123816980	No documento identidad 40340305.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03	2025	X				9:31 am.	10:16 am.	12	03.	2025
								Enith maryori aguja molano				
2	12	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	9:31 am.	10:16 am.	17	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Enith maryori aguja molano				
3	17	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31 am.	Hora Finalización: 10:16 am.	26	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Enith maryori aguja molano				
4	26	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30 am.	Hora Finalización: 11:15 am.	03	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Enith maryori aguja molano				

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No: 143325

Diana Posada.

Firma y sello del profesional:

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Maria Valdina Bonilla Cardozo	Nombres y apellidos de red de apoyo	Martha Lucia Villafañe Gutierrez
Tipo y número de documento de identidad.	TI. 1.123.442.432.	Teléfono de contacto: 3215079323.	No documento identidad cc. 40.385912.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	03.	2025	X	X	10:30am	11:15am	11:16am.	12:01pm.	28	03	2025
						Martha Rodriguez		Maria uvaldina				
2	28	03	2025	X	X	Hora de inicio: 9:45am.	Hora finalización: 9:32am.	Hora de inicio: 9:31am.	Hora finalización: 10:16am.	2	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Martha Rodriguez		Maria uvaldina				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
						1						
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional:

Carolina Rojas
psicóloga
T.P. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:		ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Helen Yuliana Arcinegas Toscano	Nombres y apellidos de red de apoyo		Luz Elidia Toscano Muñoz			
Tipo y número de documento de identidad.	TI. 1122530451	Teléfono de contacto: 3243472512		No documento identidad		28 111143	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30PM	Hora finalización: 2:15PM	Hora de inicio: 02:16PM	Hora finalización: 3:01PM	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	04	03	2025	X	X	Luz Elidia Toscano		Helen Yuliana Arcinegas Toscano		07	04	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 10-03-25 Reprograma por que la niña tiene mucha gripa. 31-03-25 No puede asistir por el trabajo
17-03-25 No asiste por que tiene otra cita en fiscalia

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

CB

FUNDEPRO FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Paula Cristal Laverde Contreras	Nombres y apellidos de red de apoyo	Luz Mila Monje Moncada
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1024962913	Teléfono de contacto: 3124477088	No documento identidad 40793943

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 8:45am	Hora finalización: 9:30am	Hora de inicio: 9:37am	Hora finalización: 10:10am	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	22	03	2025	X	X			Paula Cristal Laverde C.		05	04	2025
						Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			
2			2025			Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				2025
						Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			
3			2025			Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				2025
						Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			
4			2025			Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				2025

OBSERVACIONES: 7-3-2025 Contaba con agenda pero no asiste y se reprograma para el día 8-03 donde no asiste refiere que esta enferma, se reprograma para 20-03. No asiste y se reprograma 22-03, asiste e informa que no tiene mas disponibilidad en el mes.

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello del profesional:

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
T.P. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	MARZO.	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Samy Valentina Diaz Cardenas	Nombres y apellidos de red de apoyo			Beatriz Cardenas		
Tipo y número de documento de identidad.	1.123.442582	Teléfono de contacto:	3228861451		No documento identidad	40.381809.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	07	03	2025	X				Sami valentina DiAz		12	03	2025
2	12	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16 PM	Hora finalización: 3:07 PM	21	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Sami valentina DIAZ				
3	21	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16 PM	Hora Finalización: 3:07 PM	31	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Sami valentina DiAz				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No aplica. / la señora Beatriz Cancela la atención del 31/03/2025 debido a una cita Medica

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez

Laura María Gómez N. Psicóloga 227427

Firma y sello del profesional

100

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO			PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA			MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Juan Sebastian Cardenas		Nombres y apellidos de red de apoyo			Beatriz Cardenas		
Tipo y número de documento de identidad.	1.122.532 169		Teléfono de contacto:	322 886 1451		No documento Identidad	40.381.809	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 7:00 am	Hora finalización: 7:45 am	Hora de inicio: 7:46 am	Hora finalización: 8:31 am	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	14	03	2025	x	x	Beatriz cárdenas 40381809		Juan sebastian cardenas		27	03.	2025
2	27	03	2025	x	x.	Hora de inicio: 10:30 am	Hora finalización: 11:15 am	Hora de inicio: 11:16 am	Hora finalización: 12:01 pm.	07	04.	2025
						Firma Red de Apoyo: Beatriz cárdenas		Firma Beneficiario: Juan sebastian				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos:Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No:227427

Laura Gomez

Firma y sello del profesional: Laura María Gómez N. Psicóloga T.P. 227427

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	DICK JAINER MEJÍA GÓMEZ		Nombres y apellidos de red de apoyo		DICK FREDY MEJÍA RIVERA		
Tipo y número de documento de identidad.	1-122 520 155		Teléfono de contacto: 310544 3415.		No documento identidad	17 332 613	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 3:15 PM	Hora finalización: 4:00 PM	Hora de inicio: 4:00 PM	Hora finalización: 4:49 PM.	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	13	03	2025	X	X			Dick M.		20	03.	2025
2	20	03	2025	X	X	Hora de inicio: 3:15 PM / Hora finalización: 4:00PM Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: 4:01 PM / Hora finalización: 4:46 PM. Firma Beneficiario: Dick M.		03	04	2025
3			2025			Hora de inicio: / Hora finalización: Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: / Hora Finalización: Firma beneficiario				2025
4			2025			Hora de inicio: / Hora finalización: Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: / Hora Finalización: Firma Beneficiario				2025

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos: Laura María Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez Laura María Gómez N.

Firma y sello del profesional: Psicóloga T.P. 227427

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo.	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Yafeth Martin Palta Mejia	Nombres y apellidos de red de apoyo			Paula Tatiana Ardila Coca.		
Tipo y número de documento de identidad.	RC. 1059992941	Teléfono de contacto:	3135259073.		No documento identidad	cc. 1.121.920.530	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	12	03	2025	X	X	8:45am.	9:30am	9:31am	10:16am	19	03.	2025
2	19	03.	2025	X	X	8:45am.	9:30am	9:31am.	10:16am	9	04	2025
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna, teniendo en cuenta la edad del niño no firma, motivo por el cual se toma registro de huella.

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No: 172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas psicóloga T.P. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Diego Josue Gil Montenegro		Nombres y apellidos de red de apoyo		Nelsy Carolina Montenegro		
Tipo y número de documento de identidad.	PPT: 2310201273		Teléfono de contacto:		3027755458	No documento identidad	PPT: 6972540

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	10	03	2025	X	X	8:45am	9:30am	9:31am	10:16am	18	03	2025
						Carolina M.						
2	18	03	2025	X	X	8:45am	9:30am	9:31am	10:16am			2025
						Carolina M.						
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
												
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad. Niño con discapacidad, no firma.

Nombres y Apellidos:Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No:216593

Firma y sello del profesional: Psicólogo Cristhian Hernández C. T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Valeria Balanta Munar		Nombres y apellidos de red de apoyo		Yessica Tatiana Munar Rojas		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1121906232		Teléfono de contacto:	3115437613	No documento identidad	1.121.849.377	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30 pm	Hora finalización: 2:15 pm	Hora de inicio: 2:16 pm	Hora finalización: 3:07 pm	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	03	03	2025	X	X	YESSICA T MUNAR R.		Valeria Balanta Munar		17	03	2025
2	17	03	2025	X	X	Hora de inicio: 1:30 pm Firma Red de Apoyo YESSICA T MUNAR R.	Hora finalización: 2:15 pm	Hora de inicio: 2:16 pm Firma Beneficiario Valeria Balanta Munar.	Hora finalización: 3:07 pm	07	04	2025
3			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma beneficiario	Hora Finalización:			2025
4			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma Beneficiario	Hora Finalización:			2025

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello del profesional: Yesica Rodriguez M. Psicóloga TP. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Lida Sofia Zarro Mendez	Nombres y apellidos de red de apoyo	Kimberlly Ferrareta Lugo Toledo
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1.121.376.986.	Teléfono de contacto: 3222114260	No documento identidad: cc. 1.121948.997.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03	2025	X				2:16 pm.	3:01 pm.	12	03	2025
2	12	03.	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16pm	Hora finalización: 3:01 pm.	17	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3	17	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16pm.	Hora Finalización: 3:01pm.	27	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4	27	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 2:16pm.	Hora Finalización: 3:01 pm.	2	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: De acuerdo a discapacidad de la usuaria no firma, de manera que se toma registro de huella.

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas psicóloga TP 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Karen Andrea Zorro Mendez.		Nombres y apellidos de red de apoyo		Kimberlly Fernanda Lugo Toledo		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1.123 809 283.		Teléfono de contacto: 3222114260		No documento identidad	cc. 1121948997	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	3	2025	X				Karen Andrea zorro mendéz		10	3	2025
2	10	3	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am	Hora finalización: 11:15am	17	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Karen Andrea zorro mendez				
3	17	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31am.	Hora Finalización: 10:16am.	27.	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Karen Andrea zorro Mendéz				
4	27	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am.	Hora Finalización: 11:15am.	2.	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Karen Andrea zorro mendéz				

OBSERVACIONES: Ninguna.

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional:

Carolina Rojas
psicóloga
T.P. 172130

107

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	MARZO	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	LADY YULIANA FIGUEROA CORRALES	Nombres y apellidos de red de apoyo			KIMBERLY FERNANDA LUGO TUTOR		
Tipo y número de documento de identidad.	1029 580 209	Teléfono de contacto:	322 211 4260.		No documento identidad	1.121.968.997	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	12	03	2025	X				10:30am	11:15am Lady Corrales	14	03	2025
2	14	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30 am	Hora finalización: 11:15am	17	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario Lady Corrales.				
3	17	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30 am	Hora Finalización: 11:15am	20	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario Lady Corrales.				
4	20	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30 am	Hora Finalización: 11:15am.	04	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario Lady Corrales.				

OBSERVACIONES: No aplica.

Nombres y Apellidos:Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No:227427

Laura Gómez

Firma y sello del profesional:

Laura María Gómez N.
Psicóloga
TP: 227427

106

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Sara Kamila Coonado Cetina.	Nombres y apellidos de red de apoyo	Andrea Yurany Coonado Cetina.
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1121952856.	Teléfono de contacto: 3128545933.	No documento identidad 1005036415.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización	Hora de inicio	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	6	3.	2025	X	X	8:45 am.	9:30 am.	9:31 am.	10:16 am.	11	03.	2025
						ANDREA cetina		Sara Kamila				
2	11	03	2025	X	X	8:45 am	9:30 am.	9:31 am	10:16 am.	03.	04.	2025
						ANDREA cetina		Sara Kamila				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Se realiza atención con la progenitora de Sara la señora Andrea de acuerdo a la solicitud de la autoridad administrativa.

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No: 143325

Diana Posada

Firma y sello del profesional

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	03	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o Joven.	Karen Julioza Lopez Alfonso	Nombres y apellidos de red de apoyo			Marisela Ramirez		
Tipo y número de documento de Identidad.	TI 1124821399	Teléfono de contacto:	311870 8948		No documento identidad	53167464	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	12	03	2025	X	X	Tarjeta Ramirez		Karen lopez		21	03	2025
2	21	03	2025	X	X	8:45AM	09:30AM	09:31AM	10:16AM	08	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Tarjeta Ramirez		Karen lopez				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: N/A

Nombres y Apellidos:Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga/ Especialista
Firma y sello del profesional T.P No. 197647

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o Joven.	Cristian Santiago Ramirez Franco	Nombres y apellidos de red de apoyo			Ana Carolina Franco Bayoya		
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1.140918256	Teléfono de contacto:	3112550046.		No documento identidad	1022944414	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30pm.	Hora finalización: 2:15pm.	Hora de inicio: 2:16pm	Hora finalización: 3:01pm	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	03.	2025	X	X	Ana Carolina Franco		Cristian santiago Ramirez		29	03	2025
2	29	03	2025	X	X	Hora de inicio: 8:45am.	Hora finalización: 9:30am.	Hora de inicio: 9:31am	Hora finalización: 10:16am.	8	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
						Ana Carolina Franco.		Cristian Santiago Ramirez				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna.

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas psicologa T.P. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Cristian Camilo Maya Castro	Nombres y apellidos de red de apoyo			Cristian felipe Sanchez Cardozo		
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1029963812	Teléfono de contacto:	3017948371		No documento identidad	1121924903	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30PM	Hora finalización: 2:15PM	Hora de inicio: 2:16PM	Hora finalización: 3:01PM	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	21	03	2025	X	X	David Sanchez		Cristian Camilo Maya Castro		08	04	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 26-03-2025 No asisten, refiere red de apoyo que el usuario tiene fiebre.

Nombres y Apellidos:Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Firma y sello del profesional:

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	MARZO.	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	JHOAN SEBASTIAN SANTIAGO CORONADO.			Nombres y apellidos de red de apoyo	YESICA TATIANA SANTIAGO FORERO		
Tipo y número de documento de identidad.	1.121.961.944			Teléfono de contacto: 323.237.9180.	No documento identidad	1.121.930.611	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	06	03	2025	X	X	10:30cm	11:15cm	11:16cm	12:01 pm.	11	03.	2025
						Jesica Santiago		Jhoan Sebastian				
2	11	03.	2025	X	X	10:30cm	11:15cm	11:16cm	12:01 pm	07	04.	2025
						Jesica Santiago		Jhoan Sebastian				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No aplica

Nombres y Apellidos:Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No:227427

Laura Gomez

Firma y sello del profesional: Laura Maria Gomez N. Psicólogo TP 227427

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	MARZO	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	LIANT SANTIAGO SANTIAGO CORONADO	Nombres y apellidos de red de apoyo	YESICA TATIANA SANTIAGO FORERO
Tipo y número de documento de identidad.	1.121.961.945.	Teléfono de contacto: 328 237 4180	No documento Identidad 1.121.956 611

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	06	03	2025	X	X			Santiago		11	03	2025
2	11	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8:45am	Hora finalización: 9:30am	13	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								santiago				
3	13	03	2025	X.		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31 am	Hora Finalización: 10:16 am	27	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								santiago				
4	27	03	2025	X.		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8.45 am	Hora Finalización: 9:30 am.	04	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Santiago Coronado				

OBSERVACIONES: No aplica.

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gómez

Laura María Gómez N.
Psicóloga
TP: 227427

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	María sofia Custancho NIÑO	Nombres y apellidos de red de apoyo	Yudi milena Parra Arevalo
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1121917374	Teléfono de contacto: 312 3816980	No documento identidad 40 340305

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	31	03	2025	X				•MARIA SOFIA CRISTANCHO NIÑO		10	04	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Usuaria quien el 26-03-2025 tuvo Cambio de modalidad, ingresando a Internado Isaraw

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
Firma y sello del profesional: T.P No. 197647

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Evelyn Jhoana Gomez Franco	Nombres y apellidos de red de apoyo			Manuel Alejandro Gomez Quintero.		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1129377109.	Teléfono de contacto:	3137295457.		No documento identidad	80792152.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	11	03	2025	X	X	1:30pm. Alejandro Gomez Q.	2:15pm.	2:16p.m. Evelyn Gomez	3:01p.m.	25	03.	2025
2	25	03	2025	X	X	Hora de inicio: 1:30p.m. Firma Red de Apoyo: Alejandro Gomez Q	Hora finalización: 2:15pm.	Hora de inicio: 2:16p.m. Firma Beneficiario: Evelyn Gomez	Hora finalización: 3:01 p.m.	8	04.	2025
3			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma beneficiario	Hora Finalización:			2025
4			2025			Hora de inicio: Firma Red de Apoyo	Hora finalización:	Hora de inicio: Firma Beneficiario	Hora Finalización:			2025

OBSERVACIONES: Sin novedades.

Nombres y Apellidos:Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada

Firma y sello del profesional:

Diana Ma. Posada A.
PSICOLOGA
T.P. 143325

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Cindy Paola Torres Paez	Nombres y apellidos de red de apoyo			Kimbaly Fernanda Lugo Toledo		
Tipo y número de documento de Identidad.	PT 7735152	Teléfono de contacto:	3107123096		No documento identidad	1.727.948.947	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	06	03	2025	X				11:16am	12:07pm	11	03	2025
								Cindy Paola torres Paez				
2	11	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am	Hora finalización: 11:15am	17	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Cindy Paola torres Paez				
3	17	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30am	Hora Finalización: 11:15 am	25	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Cindy Paola torres Paez				
4	25	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 9:31 am	Hora Finalización: 10:16 am	3	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Cindy Paola torres Paez				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello del profesional:

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
T.P. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Uhon Jairo Prieto Ocampo	Nombres y apellidos de red de apoyo		Tatiana Johanna Castellanos Sanchez			
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1029967585	Teléfono de contacto:	3123682195	No documento Identidad	52547846		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30 pm	Hora finalización: 2:15 pm	Hora de inicio: 2:16 pm	Hora finalización: 3:01 pm	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	6	03	2025	X	X			Uhon		11	03	2025
2	11	03	2025	X	X	Hora de inicio: 8:45am	Hora finalización: 9:30am	Hora de inicio: 9:31am	Hora finalización: 10:16 am			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Uhon				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin Novedad.

Nombres y Apellidos:Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No:216593

Cristhian David

Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández C
T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o Joven.	Jhostin Andres Osorio Martinez		Nombres y apellidos de red de apoyo		Alexix Patricia Ramirez		
Tipo y número de documento de identidad.	TI: 1.121.889.962		Teléfono de contacto:	3128422932	No documento identidad	40.440.583	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	7	03	2025	X	X	1:30 pm	2:15 pm	2:16 pm	3:01 pm	12	03	2025
						Alexix patricia Ramirez		osorio jhostin				
2	12	03	2025	X	X	3:15 pm	4:00 pm	4:01 pm	4:46 pm			2025
						Alexix patricia Ramirez		osorio jhostin				
3			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos:Cristhian David Hernandez Baca

Tarjeta Profesional No:216593

Cristian David

Firma y sello del profesional:

Psicólogo
Cristhian Hernández B.
T.P. 216593

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Sara Sofia Prieto Prieto	Nombres y apellidos de red de apoyo		Yeimy alejandra Prieto Rodriguez			
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1021314571	Teléfono de contacto: 313 230 2549		No documento identidad	1121843633		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	12	03	2025	X	X	08:45AM	09:30AM	09:31AM	10:16AM	18	03	2025
						Alejandra Prieto		Sara Sofia Prieto				
2	18	03	2025	X	X	08:45AM	09:30AM	09:31AM	10:16AM	02	04	2025
						Alejandra Prieto		Sara Sofia Prieto				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: N/A

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No: 197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Milagro de los angeles Infante		Nombres y apellidos de red de apoyo		Amparo Janeth Andrade Melo		
Tipo y número de documento de identidad.	PP 6402550		Teléfono de contacto: 3248493747		No documento Identidad	41 107 685	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	01	03	2025	X	X	8:45AM	09:30AM	09:31AM	10:16AM			2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 12-03-2025 usuaria no asiste ya que fue ubicada en nueva unidad de servicio a la espera de autorización de autoridad administrativa para agendar con nueva madre sustituta.

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:		ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	milagro de los angeles Infante	Nombres y apellidos de red de apoyo		Hoi alba Gomez Benavides			
Tipo y número de documento de identidad.	PP. 6402550	Teléfono de contacto: 3226361249		No documento identidad	20964476		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio: 3:15PM	Hora finalización: 04:00PM	Hora de inicio: 04:01PM	Hora finalización: 04:46PM	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	21	03	2025	X	X	2Hor A Gomez		Milagros Infante				2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 25-03-2025 no asisten refiere red de apoyo que la usuaria se evadio de la unidad de servicio. sin agendar cita ya que aún no la encuentran.

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No: 197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: ____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Salmai Josadac Vargas Infante	Nombres y apellidos de red de apoyo			Amparo Janeth Andrade Melo		
Tipo y número de documento de identidad.	PP 640 3349	Teléfono de contacto: 324 84 93747			No documento identidad	41107685	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	01	03	2025			10:30AM	11:15AM	11:16AM	12:01PM	12	03	2025
						Amparo Andrade		Salmai Josadad vargas infante				
2	12	03	2025			1:30PM	2:15PM	2:16PM	3:01PM			2025
						Amparo Andrade		Salma Josadad vargas				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Usuario sin fecha programada para atenciones del Mes de abril, ya que se evadio de la unidad de servicio.

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Angye Sofia Quevedo R.	Nombres y apellidos de red de apoyo	Yudi Milena Parra Arevalo
Tipo y número de documento de identidad.	1123809018.	Teléfono de contacto: 3123816980	No documento identidad 40340305.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 7:46 am	Hora finalización: 8:31 am.	Hora de inicio: 8:45 am.	Hora finalización: 9:30 am.	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	5	03	2025	X	X	YUDI MILENA PARRA.		Sofia Quevedo		12	03.	2025
2	12	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8:45 am.	Hora finalización: 9:30 am.	17	03.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								Sofia Quevedo.				
3	17	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 8:45 am.	Hora Finalización: 9:30 am.	2	04.	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
								Sofia Quevedo.				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Diana María Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No: 143325

Firma y sello del profesional: Diana Posada

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marto	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o Joven.	Maira Alejandra Amezquita Daza	Nombres y apellidos de red de apoyo			Doris Mireya Daza Monroy		
Tipo y número de documento de identidad.	TI. 1.118.121.987.	Teléfono de contacto:	3202853905.		No documento identidad	cc. 24231391.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	15	03	2025	X	X			Maira Amezquita		27	03.	2025
2	27	03	2025	X	X	Hora de inicio: 8:45am.	Hora finalización: 9:30am.	Hora de inicio: 9:31am.	Hora finalización: 10:16am.	10.	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
								María Alexandra				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna.

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No: 172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas psicóloga T.P. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Nasly stacy Escobar Ordoñez	Nombres y apellidos de red de apoyo			Yuli milena Parra Arevalo		
Tipo y número de documento de identidad.	1120818910	Teléfono de contacto: 312 381 6980			No documento identidad	40340 305	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	15	03	2025	X				2:16PM	3:01PM Nasly Escobar O	26	03	2025
2	26	03	2025	X		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 11:16AM	Hora finalización: 12:01PM	31	03	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario Nasly E.				
3	31	03	2025	X		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio: 10:30AM	Hora Finalización: 11:15AM	11	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario Nasly Escobar				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: 20-03-2025 -NO asiste

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Firma y sello del profesional:

Viviana Garcia
Psicóloga/ Especialista
T.P No. 197647

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Jaider Junior Ariza Reyes		Nombres y apellidos de red de apoyo		Jesmith Yuskana Ariza Reyes.		
Tipo y número de documento de identidad.	1.121.874.334		Teléfono de contacto:	3105829392.	No documento identidad		cc. 1.123.433.841.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	18	03	2025	X	X.	Jesmith reyes		Jaider		28.	03	2025
2	28	03	2025	X	X	Hora de inicio: 1:30 pm.	Hora finalización: 2:15 pm.	Hora de inicio: 2:16 pm.	Hora finalización: 3:01 pm.	8	04.	2025
						Firma Red de Apoyo: Sandra Reyes.		Firma Beneficiario: Jaider Ariza				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna.

Nombres y Apellidos:Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: Carolina Rojas psicóloga T.P. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Sara Valeria urbano Gutierrez		Nombres y apellidos de red de apoyo		Daniel Ricardo urbano castillo		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1122927509		Teléfono de contacto:		No documento identidad	86050778	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	22	03	2025	X	X		7:00am	7:45am	7:46am	8:37am	31	03	2025
2	31	03	2025	X	X	Hora de inicio: 3:15 pm	Hora finalización: 4:00pm	Hora de inicio: 4:07 pm	Hora finalización: 4:46 pm		14	04	2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna

Nombres y Apellidos: Yesica Zuleyma Rodriguez Martinez

Tarjeta Profesional No: 172197

Firma y sello del profesional:

Yesica Rodriguez M.
Psicóloga
TP. No. 172197

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	marzo.	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: A
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Emily Alejandra Medina Samaniego		Nombres y apellidos de red de apoyo		MERY ESTELA PALACIO RESTREPO.		
Tipo y número de documento de identidad.	T.I 1.029.968.227		Teléfono de contacto:	3229394119.	No documento identidad	30.045.072	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 1:30 pm	Hora finalización: 2:15 pm	Hora de inicio: 2:16 pm	Hora finalización: 3:01 pm.	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	25	03	2025	x	x.	Mery Palacio		Emily Medina		07	04.	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No aplica, Solo se realiza una atención debido a la disponibilidad, Son ingresos nuevos.

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No: 197647

Jara Gomez

Firma y sello del profesional:

Leidy Viviana García Rey
Psicóloga
TP: 227427

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT 822.002.132-5

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Juan Sebastian Medina Samaniego	Nombres y apellidos de red de apoyo	MERY ESTELA PALACIO RESTREPO
Tipo y número de documento de identidad.	1.123.813980	Teléfono de contacto: 322.9394119.	No documento identidad 30.045.092

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 3:15 pm	Hora finalización: 4:00 pm	Hora de inicio 4:01 pm	Hora finalización: 4:46 pm	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	25	03	2025	X	X.	Mery palacio		Juan Medina		07	04.	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No aplica / Solo se realiza una atención de acuerdo a la disponibilidad, Son nuevos ingresos

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez Laura María Gómez N.
Psicóloga
TP: 227427
Firma y sello del profesional

129

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES 03	AÑO 2025		Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Andies Camilo Suarez Perdomo	Nombres y apellidos de red de apoyo			Sonia Yamile Perdomo Perdomo		
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1013011702	Teléfono de contacto:	3011248863		No documento Identidad	52 460 662	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 3:15PM	Hora finalización: 4:00 PM	Hora de inicio: 04:01PM	Hora finalización: 04:46PM	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	26	03	2025	X	X					09	04	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: N/A

Nombres y Apellidos: Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No: 197647

Viviana Garcia
Psicóloga / Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Anderson Estiven Avdor Ramos	Nombres y apellidos de red de apoyo	Edna Yurany Ramos Ossa.
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1122677766.	Teléfono de contacto:	3188041751
No documento identidad	1115860060		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 3:15 p.m	Hora finalización: 4:04p.m	Hora de inicio: 4:21p.m	Hora finalización: 4:46 p.m.	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	26	03	2025	X	X			ANDERSON AVDOR		8	04.	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Diana María Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada

Firma y sello del profesional: Diana Ma. Posada A. PSICÓLOGA T.P. 143325

131

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	03	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o Joven.	Maria Jose Belisario salamanca	Nombres y apellidos de red de apoyo	Diana Patricia Salamanca
Tipo y número de documento de identidad.	TI 1112810178	Teléfono de contacto: 3026579916	No documento Identidad 1006827705

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	27	03	2025	X	X	3:15PM	4:00PM	3:01PM	3:46PM			2025
						Diana Patricia Salamanca		Maria Jose Belisario salamanca				
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No tiene fecha de proxima atencion debido a que fue necesario activar ruta en salud mental por lo cual la usuaria trae valoracion por psiquiatria fue internada en la Clinica monte Sinai, a la espera de egreso para cuadrar atencion

Nombres y Apellidos:Leidy Viviana Garcia Rey

Tarjeta Profesional No:197647

Viviana Garcia
Psicóloga/ Especialista
T.P No. 197647

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Julio Alejandro Celta Saez.		Nombres y apellidos de red de apoyo		Lucreana Del Valle Saez		
Tipo y número de documento de Identidad.	PPT. 1113416		Teléfono de contacto:	3203571153	No documento identidad	PPT. 51539154.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	27	03	2025	x	x	1:30 pm	2:15pm	2:16pm	3:01 Pm.	10	04.	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: No aplica (se realiza solo una atención de acuerdo a la disponibilidad, son ingresos nuevos)

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez

Laura María Gómez N.
Psicóloga
TP. 227427

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X / OTRAS VULNERACIONES:

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Carmen Yulieth Carapa. saez.	Nombres y apellidos de red de apoyo	Lucreana del valle saez.
Tipo y número de documento de identidad.	PPT. 7721838.	Teléfono de contacto:	3203571153.
No documento Identidad	PPT. 51539S4.		

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	27	03	2025	X	X			Carmen Carapa		10	04.	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ingreso nuevo sin novedad.

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Firma y sello del profesional: Diana Posada

Diana Ma. Posada A.
PSICÓLOGA
T.P. 143325

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS: X	OTRAS VULNERACIONES:
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Elianny del valle Carapa saez.	Nombres y apellidos de red de apoyo			Luceana del valle saez.		
Tipo y número de documento de identidad.	PPT. 7713448.	Teléfono de contacto:	3203571153.		No documento identidad	PPT. 5153954.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	27	03	2025	X	X	1:30 pm.	2:15pm	2:16pm.	3:01 p.m.	10	04.	2025
2			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de Inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de Inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ingreso nuevo. Sin novedad.

Nombres y Apellidos: Diana Maria Posada Aguilera

Tarjeta Profesional No:143325

Diana Posada

Diana Ma. Posada A.
PSICOLOGA
T.P. 143326

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS: _____ OTRAS VULNERACIONES: P

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Yeisson Alberto Oviedo Villalobos	Nombres y apellidos de red de apoyo	Andres Eduardo Salazar Gamboa.
Tipo y número de documento de identidad.	T.I. 1.122 931 926	Teléfono de contacto: 3202699033.	No documento identidad cc. 1.121959851

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 7:00am.	Hora finalización: 7:45am.	Hora de inicio: 7:46am	Hora finalización: 8:31am.	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	28	03	2025	X	X	Andres Salazar		Yeison Oviedo		11	04	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Ninguna, usuario que ingresó

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional: Astrid Carolina Rojas Psicóloga T.P. 172130

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA	MES	Marzo.	AÑO	2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X

Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o Joven.	Sara Valentina Santamaria Garcia	Nombres y apellidos de red de apoyo	Carmen Andrea Acevedo.
Tipo y número de documento de identidad.	1.029.962.256.	Teléfono de contacto: 322295.5255.	No documento identidad 1.121.821.909.

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 10:30am	Hora finalización: 11:15am	Hora de inicio: 11:16am	Hora finalización: 12:01 PM.	Fecha de la siguiente Intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	28	03	2025	x	x.	Carmen Acevedo		Sara Valentina		08	04.	2025
2			2025			Hora de inicio: / Hora finalización: / Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: / Hora finalización: / Firma Beneficiario				2025
3			2025			Hora de inicio: / Hora finalización: / Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: / Hora Finalización: / Firma beneficiario				2025
4			2025			Hora de inicio: / Hora finalización: / Firma Red de Apoyo		Hora de inicio: / Hora Finalización: / Firma Beneficiario				2025

OBSERVACIONES: No aplica / Solo se realiza una atención de acuerdo a la disponibilidad, Son ingresos nuevos

Nombres y Apellidos: Laura Maria Gomez Neira

Tarjeta Profesional No: 227427

Laura Gomez — Laura María Gómez N. Psicóloga TP: 227427

Firma y sello del profesional:

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO		PLANILLA DE ATENCIÓN		No CONTRATO:	50006662024 de 2024	Versión: 03	Codificación: APE -M- F2
ÁREA ADMINISTRATIVA		MES	Marzo	AÑO 2025	Tipo de Vulneración:	ABS:	OTRAS VULNERACIONES: X
Nombres y apellidos del niño, niña, adolescente o joven.	Alan Joel Calderon Gachama		Nombres y apellidos de red de apoyo		Leidy Johanna Gachama Charry		
Tipo y número de documento de identidad.	1.122.531853.		Teléfono de contacto: 3124652893		No documento identidad	1.121951533.	

Item	Fecha de Intervención			Tipo de Intervención		Hora de inicio: 3:15pm.	Hora finalización: 4:00pm.	Hora de inicio: 4:01pm.	Hora finalización: 4:46pm.	Fecha de la siguiente intervención		
	Día	Mes	Año	Individual	Familiar	Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario		Día	Mes	Año
1	28	03	2025	X	X	Leidy Gachama		Alan Joel		16	04.	2025
2			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				
3			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma beneficiario				
4			2025			Hora de inicio:	Hora finalización:	Hora de inicio:	Hora Finalización:			2025
						Firma Red de Apoyo		Firma Beneficiario				

OBSERVACIONES: Usuario que ingresa 28/3/25

Nombres y Apellidos: Astrid Carolina Rojas Quevedo

Tarjeta Profesional No:172130

Firma y sello del profesional:

Carolina Rojas
psicóloga
T.P. 172130

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

Villavicencio, 07 de Abril de 2025

CERTIFICACIÓN

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Meta

ASUNTO: Certificado de cupos contratados y efectivamente realizados. Contrato N° 5000-666-2024 - Modalidad "Apoyo Psicológico Especializado"

Yo, **MARTHA MEJIA DE ROMERO**, identificada con cedula de ciudadanía N° **21.232.354** de Villavicencio, actuando como Representante Legal de la **Fundación para el Progreso de la Orinoquia "FUNDEPRO"**, con identificación tributaria No. 822.002.132-5, certifico que las sesiones contratadas y efectivamente realizadas durante el **Mes de Marzo de 2025**, fueron los siguientes:

Modalidad	Cupos contratados	Cupos utilizados	Cupos no ejecutados	Usuarios atendidos
Apoyo psicológico especializado	216	116	100	138
TOTAL	**216**	**116**	**100**	**138**

Cordialmente,

MARTHA MEJIA DE ROMERO
C.C 21.232.354 de Villavicencio
Representante Legal
FUNDEPRO

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

SOPORTES CONTABLES
SERVICIO
APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO

CONTRATO No. 5000-666-2024

DEPARTAMENTO DEL META

MES: MARZO DE 2025

INFORME DE INGRESOS Y GASTOS

Sede Principal: Transversal 26 No. 39c 25 Emporio- Villavicencio. **Teléfono:** 6833818
fundepro@gmail.com o info@fundepro.co
Carrera 24 # 37 C 04 24 Barrio Villa Julia – **Correo** fundeproapoyopsicologico@gmail.com Tel: 3173724610

DEFINICION DE LOS RUBROS CONTENIDOS EN EL PRESUPUESTO-HOJA DE SEGUIMIENTO								
Regional	META	Informe correspondiente al período:	Modalidades:	Cupos contratados	Cupos Ejecutados	Cupos Inejecutados	Valor total pagado por modalidad	
Centro Zonal	Villavicencio	Marzo de 2025	(1) APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO	216	116	100	65.999.366	
Municipio	Villavicencio	Fecha de elsboración (dd/mm/aa):	(2)	0	0	0	0	
Entidad contratista	FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA	04 de Abril de 2025	(3)	0	0	0	0	
NIT	822.002.132-5	Fecha de presentación (dd/mm/aa):	(4)	0	0	0	0	
Contrato No.	50006662024	07 de Abril de 2025	(5)	0	0	0	0	
Valor del alistamiento		Vigencia desembolso Alistamiento	(6)	0	0	0	0	
Fecha desembolso alistamiento			VALOR EJECUCIÓN MES ACTUAL	216	116	100	65.999.366	

CODIGO	EJECUCION DE INGRESOS	1	2	3	4=(1+2)-3	5	(6)	7=(5+6)	8=(7/4)	9		10=(4-7)
1000	OBJETO DEL INGRESO	Presupuesto inicial del periodo a ejecutar	Adición	Disminución	Presupuesto al final del periodo ejecutado	Valor ingresos acumulados al mes 3	Ingresos - mes 4	Valor total ingresos al final de periodo ejecutado	% Aportes recibidos	Ejecucion de Gastos		Total saldo por ingresar
										Ingresos Pagados	Cuentas por Cobrar	
1100	Aportes ICBF	450.461.736	0	0	450.461.736	136.070.851	65.999.366	202.070.217	44,86%	67121621	65999366	248.391.519
1200	Donaciones (Cuando aplique)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
1300	Rendimientos Financieros (Cuando aplique)	1.167,9	1.141,7	1.167,9	1.141,7	0	0	0	0,00%	0	0	1.142
1400	Aportes de la institución (Cuando aplique)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
1500	Otros ingresos (Cuando aplique)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
	TOTAL INGRESOS	**450.462.904**	**1.142**	**1.168**	**450.462.878**	**136.070.851**	**65.999.366**	**202.070.217**	**44,86%**	**67.121.621**	**65.999.366**	**248.392.661**

Nombres y apellidos del representante legal	Nombres y Apellidos del Tesorero o Contador Publico	Nombres y apellidos del Revisor Fiscal (2)
MARTHA MEJIA DE ROMERO	LEIDY MARCELA MOLINA PARRA	ROBINSON ESPITIA MOYA
Firma	Firma	Firma

(1) NOTA - Revisor Fiscal : Si está obligado legalmente a tener revisor fiscal.

GASTOS

CODIGO	EJECUCION DE INGRESOS	1	2	3	4=(1+2)-3	5	-6	7=(5+6)	8=(7/4)	9		10=(4-7)
2000	OBJETO DEL GASTO	Presupuesto inicial del periodo a ejecutar	Adición	Disminución	Presupuesto al final del periodo ejecutado	Gastos acumulados al mes 3	Gastos - mes 4	Valor total ejecutado al final de periodo	% aportes ejecutados	Ejecucion de Gastos		Total saldo por ejecutar
										Gastos Pagados	Cuentas por Pagar	
2100	1. TALENTO HUMANO											
2101	Salario	9.680.000	0	428.000	9.252.000	3.260.000	1.177.000	4.437.000	47,96%	1177000	0	4.815.000
2102	Auxilio de transporte	1.205.400	0	53.333	1.152.067	405.400	146.667	552.067	47,92%	146667	0	600.000
2103	Horas extras y recargo nocturno	0	0	0	0	0		0	#¡DIV/0!	0	0	0
2104	Cesantías	906.754	0	0	906.754	305.329	110.261	415.590	45,83%	0	110261	491.164
2105	Vacaciones	403.888	0	0	403.888	135.943	49.081	185.024	45,81%	0	49081	218.864
2106	Prima de servicios	906.754	0	0	906.754	305.329	110.261	415.590	45,83%	0	110261	491.164
2107	Intereses/cesantías	108.854	0	0	108.854	36.640	13.231	49.871	45,81%	0	13231	58.983
2108	Aportes parafiscales (SENA, Icbf y Caja de compensación)	871.200	0	0	871.200	293.400	105.930	399.330	45,84%	105930	0	471.870
2109	Aportes salud, pensión y ARL	2.034.930	0	0	2.034.930	685.252	247.405	932.657	45,83%	247405	0	1.102.273
2110	Honorarios	176.821.333	481.333	0	177.302.666	59.549.334	29.799.333	89.348.667	50,39%	29799333	0	87.953.999
2111	Dotación trabajadores	400.000	0	0	400.000	0	0	0	0,00%	0	0	400.000
2112	Implementación Sistema Integrado de Gestión	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
2113	Otros gastos (Otros ingresos)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
	SUBTOTAL	**193.339.113**	**481.333**	**481.333**	**193.339.113**	**64.976.627**	**31.759.169**	**96.735.796**	**50,03%**	**31.476.335**	**282.834**	**96.603.317**
2200	2. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLECENTES											
2201	Alimentación	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
2202	Emergencias y botiquín (Medicamentos no incluídos en el POS)	200.000	0	0	200.000	0		0	0,00%	0	0	200.000
2203	Educación (Dotación escolar, material pedagógico y de aseo escolar)	9.000.000	0	0	9.000.000	0		0	0,00%	0	0	9.000.000
2204	Dotación personal	0	0	0	0	0		0	#¡DIV/0!	0	0	0
2205	Dotación de aseo e higiene personal	2.700.000	0	0	2.700.000	435.952	226.476	662.428	24,53%	226476	0	2.037.572
2206	Recreación	8.280.000	0	0	8.280.000	127.500	65.000	192.500	2,32%	65000	0	8.087.500
2207	Dotación lúdico deportiva (por reposición)	3.000.000	0	0	3.000.000	0		0	0,00%	0	0	3.000.000
2208	Transporte para niños, niñas y adolescentes	73.760.000	0	0	73.760.000	5.942.700	3.046.700	8.989.400	12,18%	3046700	0	64.790.600
2209	Centros de Interés - Artes (Solo SRPA)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
2210	Acciones complementarias para la gestión en el restablecimiento de derechos y/o administración de justicia (Subproyecto 112)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
2211	Orientación para la vida personal, social, profesional y vocacional (Subproyecto 111)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
2212	Dotación básica (Aplica por reposición o adición al contrato)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
2213	Dotación menaje alimentación (por reposición)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
2214	Encuentros Familiares (Casa de Acogida y Casa de Protección)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
2215	Otros gastos (Otros ingresos)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
	SUBTOTAL	**96.960.000**	**0**	**0**	**96.960.000**	**6.506.152**	**3.338.176**	**9.844.328**	**10,15%**	**3.338.176**	**0**	**87.115.672**

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

CODIGO	EJECUCION DE GASTOS	1	2	3	4=(1+2)-3	5	6	7=(5+6)	8=(7/4)	9		10=(4-7)
2000	OBJETO DEL GASTO	Presupuesto inicial del periodo a ejecutar	Adición	Disminución	Presupuesto al final del periodo ejecutado	Gastos acumulados al mes 3	Gastos - mes 4	Valor total ejecutado al final de periodo	% aportes ejecutados	Ejecucion de Gastos		Total saldo por ejecutar
										Gastos Pagados	Cuentas por Pagar	
2300	3. GASTOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS											
2301	Servicios públicos	9.000.000	0	0	9.000.000	1.610.474	843.612	2.454.086	27,27%	843612	0	6.545.914
2302	Mantenimiento y reparaciones instalaciones locativas	9.000.000	0	0	9.000.000	1.750.000	795.000	2.545.000	28,28%	795000	0	6.455.000
2303	Utilización de instalaciones en ambientes sanos y adecuados	38.000.000	0	0	38.000.000	12.800.000	6.300.000	19.100.000	50,26%	6300000	0	18.900.000
2304	Reparación y mantenimiento de dotación institucional	9.000.000	0	0	9.000.000	0	80.000	80.000	0,89%	80000	0	8.920.000
2305	Papelería	37.375.000	0	0	37.375.000	9.151.370	6.131.940	15.283.310	40,89%	6131940	0	22.091.690
2306	Aseo	3.000.000	0	0	3.000.000	328.916	156.128	485.044	16,17%	156128	0	2.514.956
2307	Transporte personal institución para visitas domiciliarias a los hogares y/o traslado de niños, niñas y adolescentes	0	0	0	0	0		0	#¡DIV/0!	0	0	0
2308	Gravamen a los movimientos financieros (4 por mil)	1.801.847	0	0	1.801.847	405.013	86.796	491.809	27,29%	86796	0	1.310.038
2309	Gastos bancarios (comisiones, transferencias y chequeras)	300.000	0	0	300.000	0		0	0,00%	0	0	300.000
2310	Servicio de contabilidad	38.397.333	0	0	38.397.333	12.931.333	6.366.500	19.297.833	50,26%	6366500	0	19.099.500
2311	Otros (lo que se requiera para el adecuado desarrollo de la modalidad)	14.268.443	0	0	14.268.443	467.600		467.600	3,27%	0	0	13.820.843
2312	Otros gastos (Otros ingresos)	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0	0
	SUBTOTAL	160.162.623	0	0	160.162.623	39.444.706	20.759.976	60.204.682	37,59%	20.759.976	0	99.957.941
	TOTAL GASTOS (1+2+3+4+5)	450.461.736	481.333	481.333	450.461.736	110.927.485	55.857.321	166.784.806	37,03%	55.574.487	282.834	283.676.930

Nombres y apellidos del representante legal	Nombres y apellidos del Tesorero o Contador	Nombres y apellidos del revisor fiscal (2)
MARTHA MEJIA DE ROMERO	LEIDY MARCELA MOLINA PARRA	ROBINSON ESPITIA MOYA
Firma	Firma	Firma

(1) NOTA - En ningún caso el informe de seguimiento financiero podra presentarse con saldos negativos en la columna (10) Total Saldos por ejecutar.

(2) NOTA - Revisor Fiscal: Si está obligado legalmente a tener revisor fiscal.

(3) NOTA - El siguiente cuadro debe ser diligenciado de acuerdo con lo establecido en la cláusula contractual forma de desembolso y en cualquier modificación contractual relacionada con alistamiento, memorandos, lineamientos, manuales y/o documentos que hagan parte integral del macroproceso de Protección.

Total Ingresos en el mes	$ 65.999.366	Ingresos Acumulados	$ 190.379.728
Total Egresos en el mes	$ 55.857.321	Egresos Acumulados	$ 166.784.806
Saldo del mes	$ 10.142.045	Saldo acumulado	$ 23.594.922

(4) NOTA: Saldo a Reintegrar por alistamiento: El reintegro por alistamiento se presenta de la siguiente forma: 1). Cuando el contrato abarca dos (2) vigencias se debe: a) Tomar el valor del alistamiento de la primer vigencia y restar el valor de la atención de cupos del último período o mes de esa vigencia, el saldo que resulte debe ser reintegrado. b) Tomar el (los) alistamiento (s) de la vigencia actual y restarle el valor de la atención de cupos del último período contractual; el saldo que resulte debe ser reintegrado según lo establecido en la minuta contractual.
2). Cuando el contrato es en una sola vigencia. Se toma el valor del (los) alistamiento (s) y se resta el valor de la atención de cupos del último período contractual. El saldo debe ser reintegrado de acuerdo con lo establecido en la minuta contractual.

Valor alistamientos	$ -	MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
Menos: Valor de la atención del periodo o mes objeto de reintegro	$ 65.999.366	Valor Alistamiento por adición Cupos	$ -
Saldo a Reintegrar Alistamiento	-65999366	Valor Alistamiento por reducción de c	0

	Cantidad	Modalidad
Cupos adicionados	0	0
Cupos adicionados	0	0
Cupos adicionados	0	0
Cupos reducidos	0	0
Cupos reducidos	0	0

(5) NOTA - En el mes que realicen modificación contractual, en lo relacionado con **adiciones o disminuciones de cupos;** se debe hacer la operación matemática de forma manual en la columna **(L)** filas del 5 a la 9 según modalidad.

FUNDEPRO

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE LAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS Y DE PROVEEDORES

Villavicencio, 07 de Abril de 2025

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional META
Ciudad

Yo, **ROBINSON ESPITIA MOYA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 86.067.609 de Villavicencio, y con Tarjeta Profesional No. 111.113-T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de la **FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"** identificada con NIT. 822.002.132-5, su dirección Sede Villavicencio es la Carrera 24 # 37 C 04 Barrio Villa Julia, manifiesto bajo gravedad de juramento que esta entidad se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto de obligaciones tributarias, y hasta la fecha no tiene ningún pago pendiente de sus proveedores de bienes del Contrato de Aporte No. **50006662024 de 2024**, suscrito entre el ICBF- Regional META y la Fundación Para el Progreso de la Orinoquia "FUNDEPRO", de acuerdo con los términos de pago tributarios y las políticas internas de pago de la Fundación durante el **Mes de Marzo de 2025.**

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Siete (07) días del Mes de Abril de Dos mil veinticinco (2.025), con destino al **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.**

MARTHA MEJIA DE ROMERO
C.C 21.232.354 de Villavicencio
Representante Legal
FUNDEPRO

ROBINSON ESPITIA MOYA
C.C 86.067.609 de Villavicencio
Revisor Fiscal
T.P 111.113-T

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 DE LEY 780 DE 2002

CERTIFICA:

La suscrita a saber **MARTHA MEJIA DE ROMERO,** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 21.232.354 expedida en Villavicencio, actuando en mi condición Representante Legal de la persona jurídica denominada **FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"** con NIT. **822.002.132-5** y **ROBINSON ESPITIA MOYA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **86.067.609** de Villavicencio, y con Tarjeta Profesional No. **111.113-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal.

Certifican que la empresa ha cumplido durante los últimos seis meses, con los pagos al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos profesionales) y con los aportes parafiscales correspondientes a las personas contratadas y los contratistas vinculados, por tanto certifico que han cumplido a la fecha de la entrega de la presente certificación, con los pagos al sistema de Seguridad Social Salud, Pensiones, Administradora de Riesgos Laborales, por lo que declaro que se encuentran a PAZ Y SALVO con las empresas Promotoras de Salud IPS, Fondo de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales ARL, Cajas de Compensación Familiar, Instituto de Colombiano de Bienestar Familiar y SENA.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Siete (07) días del Mes de Abril de Dos mil veinticinco (2.025), con destino al **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.**

MARTHA MEJIA DE ROMERO
C.C 21.232.354 de Villavicencio
Representante Legal
FUNDEPRO

ROBINSON ESPITIA MOYA
C.C 86.067.609 de Villavicencio
Revisor Fiscal
T.P 111.113-T

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA
IDENTIFICACIÓN:	NI-822002132
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	06
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	APE VILLAVICENCIO
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-03-31
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-04-08
FECHA DE PAGO:	2025-03-31
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-03
PERÍODO SALUD:	2025-04
NÚMERO PLANILLA:	32935933
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32935933
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.700	$ 200.700
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.700	$ 200.700
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.900	$ 256.900
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.900	$ 256.900
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.200	$ 6.200
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.200	$ 6.200
CCF34	892000146	COFREM	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 47.100	$ 47.100
Subtotal CCF		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 47.100	$ 47.100
PASENA	899999034	SENA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 23.600	$ 23.600
PAICBF	899999239	ICBF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 35.400	$ 35.400
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 569.900	$ 569.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/05/2025

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 822002132	5	FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA	B	06	ARL SURA - 14-11	SUCURSAL	8560	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
85-1	TV 26 39 C 25		6833818			FUNDEPRO.CONTABILIDAD.2018@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-03	2025-04	32935933	E	2025-03-31	TODOS LOS CENTROS	META	VILLAVICENCIO	569.900	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	32935933	2025-04-08	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	APP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1006782612	ORTIZ GONZALEZ KAREN DAYANA	1.605.000	F																0			22	22	22	22	PROTECCION 230201	1.177.000	188.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.177.000	147.200	COFREM-CCF34	1.177.000	47.100	1.177.000	6.200	0,00522	1.177.000	23.600	35.400	0	0	01	0	447.900	N	1829901
2	CC 1006782612	ORTIZ GONZALEZ KAREN DAYANA	1.605.000	F													X			0			8	8	8	8	PROTECCION 230201	428.000	68.500	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	428.000	53.500	COFREM-CCF34	0	0	428.000	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	122.000	N	1829901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 822002132	5	FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA	B	06	ARL SURA - 14-11	SUCURSAL	8560	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
85-1	TV 26 39 C 25		6833818			FUNDEPRO.CONTABILIDAD.2018@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-03	2025-04	32935933	E	2025-03-31	TODOS LOS CENTROS	META	VILLAVICENCIO	569.900	0	BANCO DE BOGOTA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	32935933	2025-04-08	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.605.000	1.605.000	1.605.000	1.177.000	1.177.000

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				2	256.900	0	0	256.900
PROTECCION	230201	800229739	0	2	256.900	0	0	256.900
EPS(Administradoras: 1)				2	200.700	0	0	200.700
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	2	200.700	0	0	200.700
ARP(Administradoras: 1)				2	6.200	0	0	6.200
ARL SURA	14-11	890903790	5	2	6.200	0	0	6.200
CCF(Administradoras: 1)				2	47.100	0	0	47.100

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
COFREM	CCF34	892000146	3	2	47.100	0	0	47.100
SENA(Administradoras: 1)				1	23.600	0	0	23.600
SENA	PASENA	899999034	1	1	23.600	0	0	23.600
ICBF(Administradoras: 1)				1	35.400	0	0	35.400
ICBF	PAICBF	899999239	2	1	35.400	0	0	35.400
Gran Total					569.900	0	0	569.900

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

B 4 5 E 7 4 6 2 B 4 F 5 8 6 F 3

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 ROBINSON ESPITIA MOYA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 86067609 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 111113-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

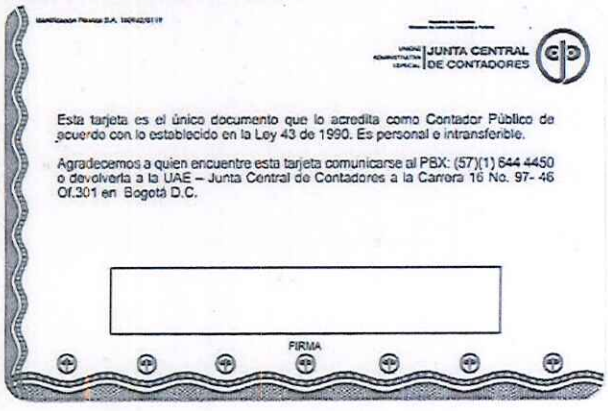
Dado en BOGOTA a los 3 días del mes de Marzo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
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





Válido para Fundepro NIT: 822.002.132-5

Válido para Fundepro NIT: 822.002.132-5





UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

69BD9CDE4CFA54F6

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 **LEIDY MARCELA MOLINA PARRA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1121864435 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 219076-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 3 días del mes de Abril de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Barrios
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
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

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

219076-T



LEIDY MARCELA
MOLINA PARRA
C.C. 1121864435
RESOLUCION INSCRIPCION 810 **FECHA 02/09/2016**
UNIVERSIDAD CORP. UNIV. AUTONOMA DE NARIÑO

DIRECTOR GENERAL

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA 234267

222496

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideas.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.864.435**

MOLINA PARRA

APELLIDOS

LEIDY MARCELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-1990**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

04-JUN-2008 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-5200100-00828955-F-1121864435-20160518 **0049821629A 1** 6723919690

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

Villavicencio, 07 de Abril de 2025

CUENTA DE COBRO No. 248

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR "ICBF"
NIT: 899.999.239-2

DEBE A:

FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT: 822.002.132-5

LA SUMA DE: Sesenta y cinco millones novecientos noventa y nueve mil trescientos sesenta y seis pesos m/cte **$ 65.999.366**

POR CONCEPTO DE:

DESCRIPCIÓN	CANT	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
PAGO CUPOS MES DE MARZO DE 2025- DE CUPOS CONTRATADOS DEL CONTRATO No. 50006662024- DEL SERVICIO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.	116	353.884	**41.050.544**
COSTOS FIJOS	100	249.488,22	**24.948.822**
TOTAL			**65.999.366**

Dado en Villavicencio, a los 07 días del Mes de Abril de 2025.

Consignar a la cuenta de ahorros No. 24141609638 del Banco Caja Social.

Atentamente,

MARTHA MEJIA DE ROMERO
C.C 21.232.354 de Villavicencio
Representante Legal FUNDEPRO