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

BIENESTAR FAMILIAR
07 ENE 2025
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
Nasly Col
0002000011 02

Villavicencio, 30 de diciembre de 2024.

Doctora
Luz Angela Vargas Cruz
Supervisora contrato Aporte Nro. 50006662024
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Regional Meta
Ciudad.

ASUNTO: Entrega de Resultados de encuestas de percepción de usuario y redes de apoyo del 01 de octubre al 30 de diciembre del contrato 50002332024 y 50006662024.

Cordial saludo:

Dando cumplimiento a las obligaciones contractuales contenidas en el acto en referencia nos permitimos enviar Informe correspondiente al periodo del 01 de octubre al 30 de diciembre de 2024 con la siguiente información.

SIGE

Obligación 1.6.1.2 - ANEXO 1.6.1.3 - Encuestas de Usuarios y redes de apoyo.

Informe, Encuesta y Tabulación de 54 usuarios y 56 redes de apoyo.

Gracias por su colaboración.

Se adjunta 1 CD y una carpeta con 1 folios.

Atentamente,

Zorany Martinez

Zorany Martínez
Coordinadora Apoyo Psicológico Especializado.
FUNDEPRO – Villavicencio - Meta.

Villavicencio, enero 31 de 2025

Anexo 1.6.1.3

CERTIFICACIÓN

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Meta

ASUNTO: Certificado del contrato **N°5000-666-2024** – Servicio "Apoyo Psicológico Especializado".

Yo, MARTHA MEJIA DE ROMERO, identificada con cédula de ciudadanía No. 21.232.354de Villavicencio, actuando como Representante de la Fundación Para El Progreso De La Orinoquia "FUNDEPRO" con identificación tributaria N°822.002.132-5, certifico que al suscribir el contrato N°5000-666-2024 Servicio "Apoyo Psicológico Especializado":

En el periodo comprendido del 01 al 31 de enero de 2025, en el Servicio complementario de Apoyo Psicológico Especializado, No fue necesario realizar acciones de mejora que fortalecen de manera adecuada la prestación de servicio.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los treinta y un (31) días del mes de enero de Dos mil veinticinco (2025), con destino al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.

En constancia firma:

MARTHA MEJIA DE ROMERO
cc 21.232.354
Representante Legal
FUNDEPRO

EMPRESA	FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"	
GENERALIDADES		
ASUNTO DE LA REUNIÓN: Apertura Buzón de Sugerencias.	**AREA:** Protección	
FECHA: 15 de Enero de 2025	**CIUDAD:** Villavicencio - Meta	**ACTA No:1** **Contrato** 50006662024

Protocolo de Apertura del Buzón:

- Reunión del Talento Humano para la apertura del Buzón.
- Conteo de las Quejas, sugerencias, Reclamos y Felicitaciones
- Socialización de cada una de las Quejas, sugerencias, Reclamos y Felicitaciones
- Respuesta de cada psicólogo por medio de WhatsApp – según corresponda
- Guardar en una AZ las Quejas, sugerencias, Reclamos y Felicitaciones

Temas Tratados:

Siendo las 7:00 de la mañana del día 15 de enero 2025 se da apertura al buzón que va desde el 1 de enero hasta el 15 de enero encontrando lo siguiente:

En la presente acta se evidencia que participaron activamente en el mecanismo de participación "Buzón de sugerencias", formatos de sugerencias, quejas reclamos y felicitaciones.

Lo cual permite identificar:

5 felicitaciones

Los usuarios que hacen parte del servicio manifiestan que se encuentran a gusto con la atención brindada. De otra usuaria se resalta que se siente (Agradecida por el buen trato y el servicio que le prestan a las personas, un sitio muy limpio y aseado).
Como evidencia se muestra lo siguiente:

• Foto1 Apertura del buzón con el equipo del TH. Psicólogos, Aux Administrativo y Coordinadora.
• Foto 2 Lectura de las felicitaciones, para dar las respectivas respuestas a cada una.
• Foto 3 Evidencia de una de las felicitaciones.
• Foto 4 Imagen de las Cinco (5) Felicitaciones.
• Fotos 5 pantallazos de las Cinco (5) respuestas dadas por medio de WhatsApp por parte de los Psicólogos.
• Foto 6 Imagen de las Cinco (5) Felicitaciones.

FOTO 1

FOTO 2

FOTO 3

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINO
*FUNDEP
NIT 822.002.1

PROYECTO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL PAI

QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐
FELICITACIÓN ☒

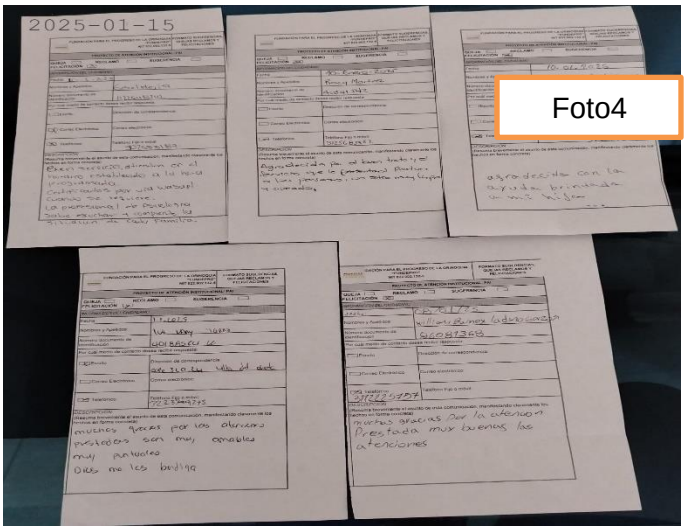
INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	10-Enero-2025
Nombres y Apellidos:	Rocy Martinez
Número documento de identificación	40341.542
Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:	
☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☐ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3125685957.

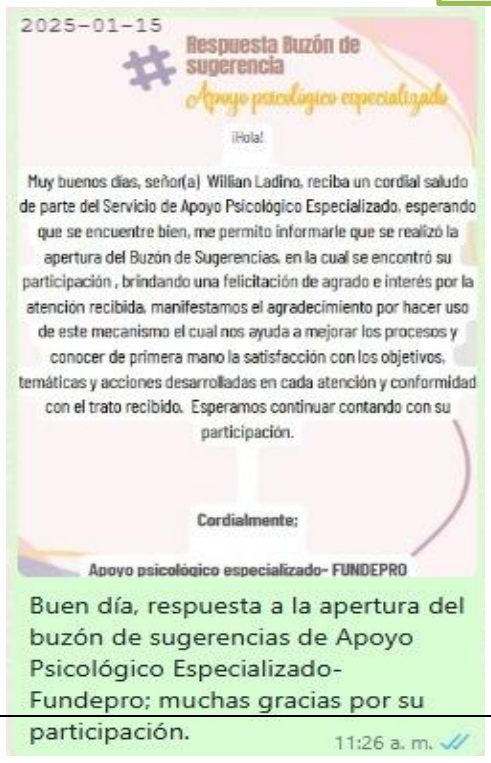
DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

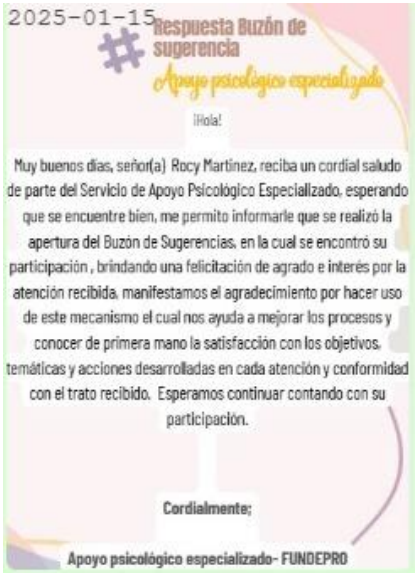
Agradecida por el buen trato y el servicio que le (ofrecen) Prestan a las personas, un sitio muy limpio y aseado.

Foto4

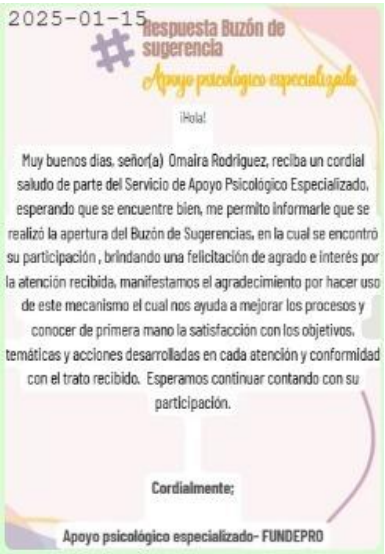


5 pantallazos Respuestas WhatsApp





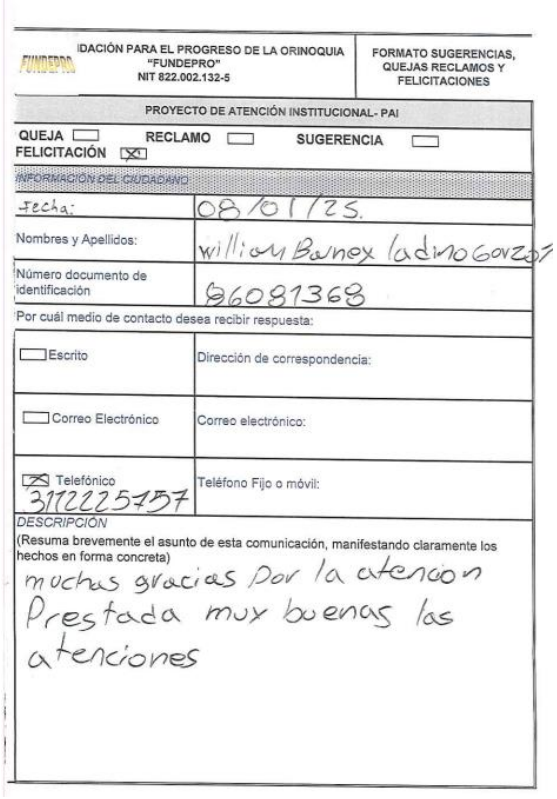
Buen día, respuesta a la apertura del buzón de sugerencias de Apoyo Psicológico Especializado- Fundepro; muchas gracias por su participación. 11:38 a. m.



Buen día, respuesta a la apertura del buzón de sugerencias de Apoyo Psicológico Especializado- Fundepro; muchas gracias por su participación. 11:39 a. m.

Buen día, respuesta a la apertura del buzón de sugerencias de Apoyo Psicológico Especializado- Fundepro; muchas gracias por su participación. 11:39 a. m.

Fotos 6



IDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO" NIT 822.002.132-5 | FORMATO SUGERENCIAS, QUEJAS RECLAMOS Y FELICITACIONES

PROYECTO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL- PAI

QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐
FELICITACIÓN ☒

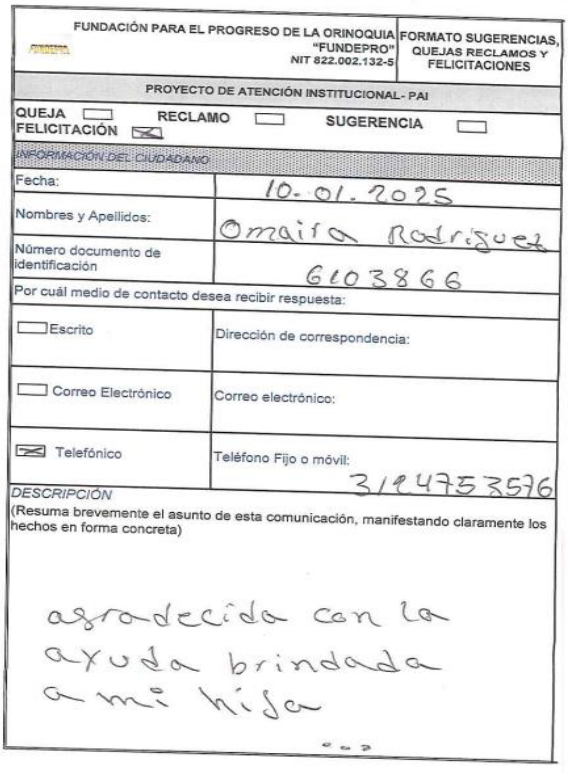
INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	08/01/25.
Nombres y Apellidos:	William Barnex ladino Gonzal
Número documento de identificación	96081368

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico 3122225157	Teléfono Fijo o móvil:

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)
muchas gracias por la atencion Prestada muy buenas las atenciones



FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO" NIT 822.002.132-5 | FORMATO SUGERENCIAS, QUEJAS RECLAMOS Y FELICITACIONES

PROYECTO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL- PAI

QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐
FELICITACIÓN ☒

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	10. 01. 2025
Nombres y Apellidos:	Omaira Rodriguez
Número documento de identificación	6103866

Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:

☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3124753576

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)
agradecida con la ayuda brindada a mi hija
...

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO" NIT 822.002.132-5	FORMATO SUGERENCIAS, QUEJAS RECLAMOS Y FELICITACIONES

PROYECTO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL- PAI

QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐
FELICITACIÓN ☒

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	10-Enero-2025
Nombres y Apellidos:	Rocy Martinez
Número documento de identificación	40349.542
Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:	
☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3125685957.

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Agradecida por el buen trato y el servicio que le (presentan) Prestan a los pequeños, un sitio muy limpio y aseado.

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO" NIT 822.002.132-5	FORMATO SUGERENCIAS, QUEJAS RECLAMOS Y FELICITACIONES

PROYECTO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL- PAI

QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐
FELICITACIÓN ☒

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	10-1-2025
Nombres y Apellidos:	Giseleth
Número documento de identificación	1122648242
Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:	
☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☒ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3076331187

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Buen servicio, atienden en el horario establecido a la hora programada.
Certificados por vía Wasapt.
Cuando se requiere.
La profesional de psicología sabe escuchar y comprende la situación de cada familia.

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO" NIT 822.002.132-5	FORMATO SUGERENCIAS, QUEJAS RECLAMOS Y FELICITACIONES

PROYECTO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL- PAI

QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐
FELICITACIÓN ☒

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	1.1.2025
Nombres y Apellidos:	Liz Yamy Toro
Número documento de identificación	40188561 LC
Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:	
☒ Escrito	Dirección de correspondencia: calle 31a 24 villa del diente
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3223349275.

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

muchas gracias por las atenciones prestadas son muy amables muy puntuales
Dios me los bendiga

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

EMPRESA	**FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA FUNDEPRO – Servicio de Apoyo Psicológico Especializado**
TEMA	APERTURA "BUZÓN DE SUGERENCIAS" SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO, "VILLAVICENCIO – META".
RESPONSABLE	ZORAYA MARTINEZ - COORDINADORA – KAREN ORTIZ - AUX. ADMINISTRATIVO.
FECHA	15/ENERO/2025.
CIUDAD	VILLAVICENCIO - META.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA	FIRMA
1	Yesica Rodriguez Martinez	psicologa	1122052267	
2	Diana maria Rosada Aguilera.	Psicologa.	1120499689.	Diana Rosada.
3	Leidy Viviana Garcia Rey	Psicologa	1121907078	
4	Laura María Gomez Neira	Psicologa	1.121.938.122	Laura Gomez
5	Zoraya Martinez	coordinadora	40327677	Zoraya Martinez
6	Astrid Carolina Reyes Quevedo	Psicologa	1022400877	
7	Cristhian David Hernandez Baca	Psicologo	1121926107	

8	Diana Dolyanna Ortiz G.	Aux. Administrativo	900678262	Diana Ortiz.
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

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

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

EMPRESA	FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"	
GENERALIDADES		
ASUNTO DE LA REUNIÓN: Apertura Buzón de Sugerencias.	**AREA:** Protección	
FECHA: 31 de Enero del 2025	**CIUDAD:** Villavicencio - Meta	**ACTA No: 2** **Contrato** 50006662024

Protocolo de Apertura del Buzón:

- Reunión del Talento Humano para la apertura del Buzón.
- Conteo de las Quejas, sugerencias, Reclamos y Felicitaciones
- Socialización de cada una de las Quejas, sugerencias, Reclamos y Felicitaciones
- Respuesta de cada psicólogo por medio de WhatsApp – según corresponda
- Guardar en una AZ las Quejas, sugerencias, Reclamos y Felicitaciones

Temas Tratados:

Siendo las 7:00 a.m. de la mañana del día 31 de enero 2025 se da apertura al buzón que va desde el 16 de enero hasta el 31 de enero encontrando lo siguiente:

En la presente acta se evidencia que participaron activamente en el mecanismo de participación "Buzón de sugerencias", formatos de sugerencias, quejas reclamos y felicitaciones.

Lo cual permite identificar:
3 felicitaciones

Los usuarios que hacen parte del servicio, la cual manifiestan que se encuentran a gusto con la atención brindada. De otra usuaria resaltamos que dice que los felicito por (Para felicitar a todo el personal de FUNDEPRO por su amabilidad y calidad humana para con nosotros los pacientes, agradecida). Como evidencia se muestra lo siguiente:

• Foto1 Apertura del buzón con el equipo del TH. Psicólogos, Aux Administrativo y coordinadora.
• Foto 2 Lectura de las felicitaciones, para dar las respectivas respuestas a cada una.
• Foto 3 Evidencia de una de las felicitaciones.
• Foto 4 Imagen de las Tres (3) Felicitaciones.
• 3 pantallazos de las Tres (3) respuestas dadas por medio de WhatsApp por parte de los Psicólogos.
• Foto 6 Imagen de las Tres (3) Felicitaciones.

FOTO 1

FOTO 2

FOTO 3

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORI... NIT 822.0...

PROYECTO DE ATENCIÓN INST...

QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐
FELICITACIÓN ☒

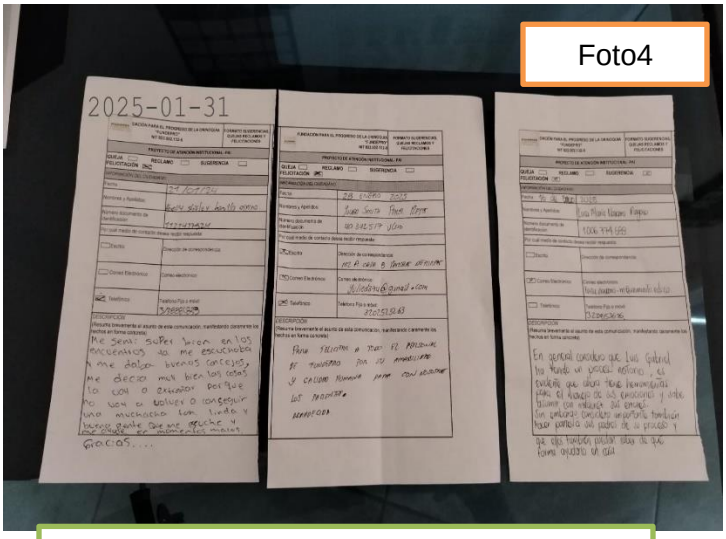
INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	28 ENERO 2025
Nombres y Apellidos:	JULIED SMITH PEREZ REYES
Número documento de identificación	40 342 517 VILLA
Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:	
☒ Escrito	Dirección de correspondencia: MZ A CASA 8 PANORAMA DE FUNDEPRO
☒ Correo Electrónico	Correo electrónico: julied374@gmail.com
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3202523263

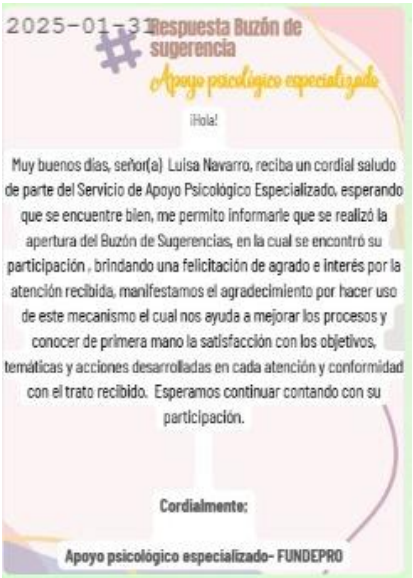
DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

PARA FELICITAR A TODO EL PERSONAL DE FUNDEPRO POR SU AMABILIDAD Y CALIDAD HUMANA PARA CON NOSOTROS LOS PACIENTES ACUDIENTES.

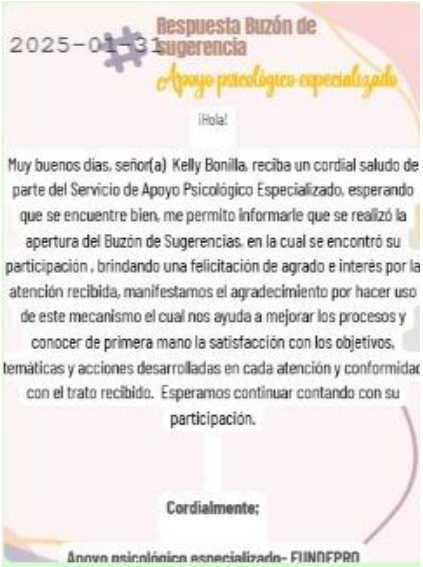
Foto4



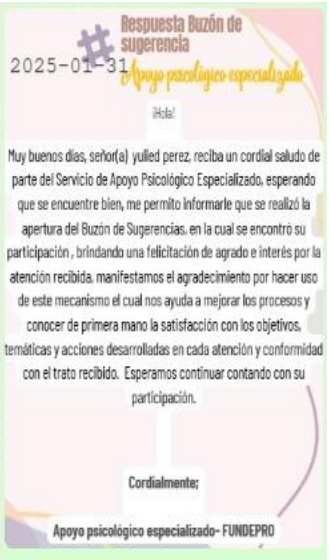
3 pantallazos Respuestas WhatsApp



Buen día, respuesta a la apertura del buzón de sugerencias de Apoyo Psicológico Especializado- Fundepro; muchas gracias por su participación. 9:58 a. m.

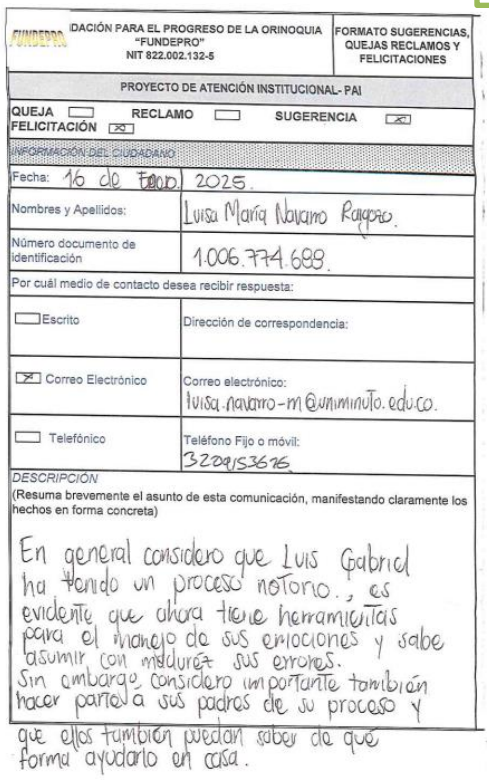


Buen día, respuesta a la apertura del buzón de sugerencias de Apoyo Psicológico Especializado- Fundepro; muchas gracias por su participación. 10:00 a. m.



Buen día, respuesta a la apertura del buzón de sugerencias de Apoyo Psicológico Especializado- Fundepro; muchas gracias por su participación. 10:01 a. m.

Fotos 6



FUNDEPRO — FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO" NIT 822.002.132-5 | FORMATO SUGERENCIAS, QUEJAS RECLAMOS Y FELICITACIONES

PROYECTO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL- PAI

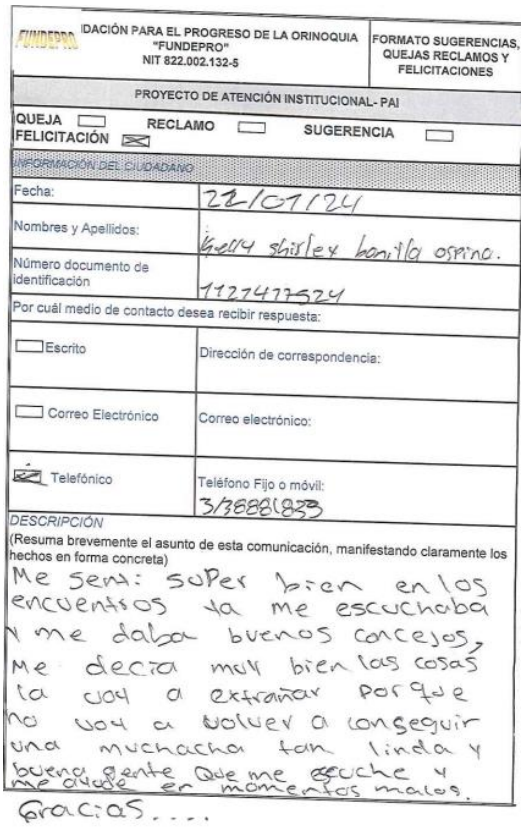
QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐
FELICITACIÓN ☒

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha: 16 de Enero 2025.	
Nombres y Apellidos:	Luisa María Navarro Raggio.
Número documento de identificación	1.006.774.699.
Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:	
☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☒ Correo Electrónico	Correo electrónico: luisa.navarro-m@uniminuto.edu.co.
☐ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3209153676.

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

En general considero que Luis Gabriel ha tenido un proceso notorio., es evidente que ahora tiene herramientas para el manejo de sus emociones y sabe asumir con madurez sus errores. Sin embargo, considero importante también hacer partevia a sus padres de su proceso y que ellos tambien puedan saber de qué forma ayudarlo en casa.



FUNDEPRO — FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO" NIT 822.002.132-5 | FORMATO SUGERENCIAS, QUEJAS RECLAMOS Y FELICITACIONES

PROYECTO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL- PAI

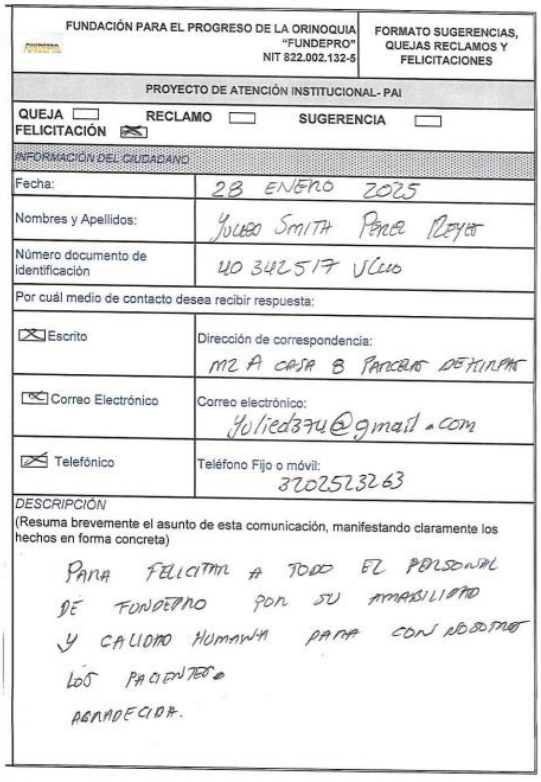
QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐
FELICITACIÓN ☒

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	22/01/24
Nombres y Apellidos:	Yelly shirley bonilla ospino.
Número documento de identificación	1127477524
Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:	
☐ Escrito	Dirección de correspondencia:
☐ Correo Electrónico	Correo electrónico:
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3138881833

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Me sentí super bien en los encuentros ya me escuchaba y me daba buenos consejos, me decía muy bien las cosas la voy a extrañar porque no voy a volver a conseguir una muchacha tan linda y buena gente que me escuche y me ayude en momentos malos. Gracias....



FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO" NIT 822.002.132-5 | FORMATO SUGERENCIAS, QUEJAS RECLAMOS Y FELICITACIONES

PROYECTO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL- PAI

QUEJA ☐ RECLAMO ☐ SUGERENCIA ☐
FELICITACIÓN ☒

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Fecha:	28 ENERO 2025
Nombres y Apellidos:	Yuliedd Smith Ponce Reyes
Número documento de identificación	40 342517 Villo
Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:	
☒ Escrito	Dirección de correspondencia: MZ A CASA 8 Parcelas de Tilopa
☒ Correo Electrónico	Correo electrónico: Yuliedd374@gmail.com
☒ Telefónico	Teléfono Fijo o móvil: 3202523263

DESCRIPCIÓN
(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)

Para felicitar a todo el personal de Fundepro por su amabilidad y calidad humana para con nosotros los pacientes agradecida.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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

EMPRESA	**FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA FUNDEPRO – Servicio de Apoyo Psicológico Especializado**
TEMA	APERTURA "BUZON DE SUGERENCIAS" SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO, VILLAVICENCIO-META.
RESPONSABLE	ZORAYA MARTINEZ-COORDINADORA; KAREN ORTIZ-AUX. ADMINISTRATIVO
FECHA	16/01/2025 AL 31/01/2025.
CIUDAD	VILLAVICENCIO-META.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA	FIRMA
1	Yesica Rodriguez Martinez	Psicologa	7722052209	Yesica
2	Diana maria Rocha Aguilera.	Psicologa.	1120499089.	Diana Rocha.
3	Leidy Viviana Garcia Rey	Psicologa	1121870738	
4	Laura María Gomez Neira	Psicologa	1.121.938.122	Laura Gomez
5	ZORAYA MARTINEZ	COORDINADORA	40327674	ZORAYA MARTINEZ
6	Astrid Carolina Rojas Quevedo	Psicologa	1024018893	Carolina R
7	Cristhian David Hernandez Baez	Psicologo	1121970107	Cristhian David

8	Karen Dayana ortiz G.	Aux. Administrativo	1006782612	Karen ortiz
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera una COPIA NO CONTROLADA.

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

Que el ICBF es un establecimiento público descentralizado del orden nacional con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrito al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social - Prosperidad Social, que tiene como fin esencial trabajar por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia, la juventud y el bienestar de las familias en Colombia.

Que el Artículo 33 de la Ley 1098 de 2006 recoge derechos sustanciales de la mayor relevancia para el asunto del presente compromiso así: *Artículo 33: Derecho a la intimidad. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la intimidad personal, mediante la protección contra toda injerencia arbitraria o ilegal en su vida privada, la de su familia, domicilio y correspondencia. Así mismo, serán protegidos contra toda conducta, acción o circunstancia que afecte su dignidad."*

De igual manera, el Artículo 3 de la Convención Internacional sobre los derechos del Niño – Ley 12 de 1991, señala lo siguiente: "*1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño"*.

Que la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de la República de Colombia establece las disposiciones generales para la protección de datos personales recolectados en bases de datos o archivos, señalando en su artículo 7° que los derechos de los niños, niñas y adolescentes para el tratamiento de datos "*asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública*".

Que el Decreto 1074 de 2015 de la República de Colombia en su capítulo 25 del título 2 del libro 2 de la parte 2 que reglamenta la Ley Estatutaria 1581 de 2012, dispone en su artículo 2.2.2.25.2.9 que la prohibición para el tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes se exceptúa cuando se trate de datos de naturaleza pública y cuando dicho tratamiento responda y respete el interés superior de los niños, niñas y adolescentes y asegure el respeto de sus derechos fundamentales.

Que el numeral 5 del artículo 2.2.2.25.1.3 del Decreto 1074 de 2015 define la transmisión como "*Tratamiento de datos personales que implica la comunicación de los mismos dentro o fuera del territorio de la República de Colombia cuando tenga por objeto la realización de un Tratamiento por el Encargado por cuenta del responsable*".

Que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, como responsable del tratamiento de datos personales obtenidos en desarrollo de su objeto y funciones legales, y en ejercicio de los deberes contenidos en la Ley 1581 de 2012 y el capítulo 25 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, establece la Política de Tratamiento de Datos Personales, para garantizar la protección de los derechos fundamentales en su tratamiento.
Dada la relevancia de alguna información para establecer focalizaciones, como puede ser la relacionada con nivel educativo, nivel socioeconómico, pertenencia a grupos étnicos o indígenas, estado nutricional, entre otros que pueden ser considerados datos sensibles, el ICBF garantizará que el tratamiento de esta información se realice buscando establecer mecanismos que mejoren sus procesos de atención y en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y el capítulo 25 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015.

En ese sentido, la Política de Tratamiento de Datos Personales, dispuso lineamientos y directrices para que, a través de los procedimientos para el suministro e intercambio de información entre otros, se administren, gestionen y suministren los datos personales en garantía de los principios contemplados en el artículo 4 de la Ley 1581 de 2012.

Igualmente, de conformidad a Resolución Interna, el ICBF adoptó la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación, además estableció las políticas generales de manejo y los lineamientos frente al uso y manejo de la información y dispuso que es deber de la entidad reducir el riego de robo, fraude, mal uso de las instalaciones y medios, asegurando las confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información.

Que dicha Resolución dispone la necesidad de suscribir el presente compromiso de confidencialidad y no divulgación, en lo que respecta al tratamiento de la información de la entidad y la autorización de tratamiento de datos personales. Que se considera información confidencial: a) Aquella que, como conjunto, por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida. b) La que esté protegida de acuerdo con su clasificación. c) Aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial, y d) Información que de acuerdo con la naturaleza del Instituto se debe mantener en absoluta reserva y aquella que la normativa colombiana catalogue como información reservada y/o confidencial o que no sea considerada información pública del Estado.

Que dado el acuerdo de voluntades que suscribirá el ICBF para el desarrollo de los obligaciones o compromisos, es necesario suministrar información que se encuentra protegida por las normas de protección de datos personales, incluyendo información de niños, niñas y adolescentes para su atención y focalización, así como este levantará información relacionada que permita al ICBF tener un control y hacer seguimiento de estos procesos, por lo que se evidencia la necesidad de suscribir el presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de datos con el fin de garantizar la confidencialidad de la información que el ICBF suministre dentro del marco del acuerdo de voluntades, definiendo las actividades que el encargado realizará por cuenta del responsable para el tratamiento de los datos personales y las obligaciones del Encargado para con el titular y el Responsable.

Que debido a la naturaleza de las actividades que desarrollará la parte receptora con respecto a la parte reveladora que es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, se hace necesario que se administre, proteja y preserve la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información antes, durante y en la etapa posterior a la ejecución del acuerdo de voluntades a suscribir:

EN CONSECUENCIA:

Yo, MARTHA MEJIA DE ROMERO identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 21.232.354 expedida en Villavicencio, representante legal de la Fundación para el Progreso de la Orinoquia “FUNDEPRO” **con** NIT 822.002.132+-5, en adelante denominada **PARTE RECEPTORA**, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a su disposición por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**, quien será en adelante denominada la

PARTE REVELADORA, para el desarrollo y ejecución del acuerdo de voluntades que se celebrará entre las partes, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con:

PRIMERO. PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL Y CONFIDENCIAL: La parte receptora como encargada del tratamiento de la información dará aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación del ICBF, las cuales se encuentran publicadas en la página web.

SEGUNDO. PROTECCION DE DATOS PERSONALES: EL ENCARGADO dará aplicación a la Política de Tratamiento de Datos Personales, así como a los procedimientos y formatos del **ICBF**, los cuales se encuentran publicados en la página web.

TERCERO. OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir **LA PARTE RECEPTORA**, respecto del acceso, consulta, transferencia y uso de la información confidencial que produce y administra **LA PARTE REVELADORA.**

Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer, circular,compilar,sustraer,ofrecer,vender,intercambiar,captar,interceptar,modificar,recolectar,almacenar,replicar,comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, inclusive después de finalizada su vinculación contractual o culminado el tratamiento de información realizado en ejercicio de las labores encomendadas, de conformidad con el ***Principio de Confidencialidad*** contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012

CUARTO. DESTINACIÓN: La información que se obtenga de **LA PARTE REVELADORA** sólo podrá ser utilizada por la **PARTE RECEPTORA** para el desarrollo y ejecución del objeto del contrato a celebrarse entre el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF** y la persona natural o jurídica que suscribe el presente documento

QUINTO. OBLIGACIONES: 1.) La Información Confidencial no puede ser utilizada por la parte receptora para fines diferentes al cumplimiento del objeto del acuerdo de voluntades a suscribirse. **2.) LA PARTE RECEPTORA** se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por **LA PARTE REVELADORA. 3.)** Hacer cumplir en nombre propio sobre sus trabajadores, contratistas, subcontratistas y demás colaboradores, la obligación de no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer, circular, compilar, sustraer, ofrecer,vender,intercambiar,captar,interceptar,modificar,recolectar,almacenar,replicar,comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la PARTE REVELADORA en ejecución del acuerdo de voluntades a celebrarse **4.)** Instruir al personal que estará encargado de recibir la información confidencial, debiendo suscribir un compromiso de confidencialidad elaborado por LA PARTE RECEPTORA, necesario, de su obligación de recibir, tratar y usar la información confidencial destinada únicamente al cumplimiento de sus funciones, bajo los mismos términos

establecidos en el presente compromiso. **5.)** Igualmente, **LA PARTE RECEPTORA** como las personas a su cargo**,** se comprometen a no utilizar de ninguna forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de **LA INFORMACIÓN** suministrada por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** conforme a las disposiciones de Protección de Datos Personales establecidas en la ley y el Principio de Confidencialidad contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012.

PARÁGRAFO PRIMERO: LA PARTE RECEPTORA designará por escrito, los empleados y/o contratistas autorizados para el tratamiento de la información confidencial. La actualización de los usuarios será responsabilidad exclusiva de **LA PARTE RECEPTORA,** quien establecerá los protocolos de seguridad que se consideren necesarios para garantizar la confidencialidad de la información. La actualización, novedades o desvinculación de usuarios deberá comunicarla al **ICBF** cuantas veces corresponda.

PARÁGRAFO SEGUNDO: LA PARTE RECEPTORA responderá por todos los daños o perjuicios morales, de imagen o económicos que llegue a causar a **LA PARTE REVELADORA** por la indebida utilización de la **INFORMACIÓN** recibida, o por el incumplimiento parcial o total de las obligaciones enlistadas con antelación

SEXTO. SEGURIDAD DE LA INFORMACION: La información suministrada por la **PARTE REVELADORA** y en general cualquier tipo de información clasificada o reservada conocida en desarrollo del objeto del contrato acuerdo de voluntades, deberá ser mantenidas de manera confidencial y privada, protegiendo dicha información para evitar su divulgación y/o circulación no autorizada, ejerciendo sobre ésta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información de este tipo que tenga bajo su custodia, tomando para ello todas las medidas técnicas y de cuidado y propendiendo para que el personal a su cargo de igual manera custodie y proteja dicha información

SEPTIMO. DURACIÓN. LA PARTE RECEPTORA acepta que la confidencialidad de cualquier información de carácter personal y confidencial, será continua y no vencerá, especialmente los datos sensibles que trata la Ley 1581 de 2012 y su reglamentación contenida en el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, garantizando que en el caso de información de niños, niñas o adolescentes, su tratamiento responderá a su interés superior y se asegurará sin excepción alguna el respeto de sus derechos prevalentes, de conformidad con Ley y la jurisprudencia de la honorable Corte Constitucional.

OCTAVO - PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN: La información suministrada pertenece al **ICBF** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las funciones legales.

NOVENO- VERIFICACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN: LA PARTE REVELADORA se reserva el derecho de verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del presente compromiso, con respecto al tratamiento de la información que se encuentra en las bases de datos que produce y administra el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.**

DECIMO– SANCIONES: La violación o inobservancia a cualquiera de las cláusulas de confidencialidad de este compromiso, o el uso indebido de la información, facultará a los supervisores para compulsar y dar traslado a las

autoridades competentes con el fin de que sean adelantadas las actuaciones administrativas, civiles, disciplinarias y penales a las que haya lugar.

DECIMO PRIMERO – CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA: A. En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones de **LA PARTE RECEPTORA, LA PARTE REVELADORA** podrá hacer efectiva la presente cláusula penal pecuniaria, en un monto equivalente al diez por ciento (10 %) del valor del acuerdo de voluntades, a título de pena, la cual se tendrá como estimación y pago anticipado y parcial de los perjuicios causados a la **PARTE REVELADORA** sin perjuicio de las acciones legales a las que haya lugar en caso que dicho monto no sea suficiente para resarcir el daño.

DÉCIMO SGUNDO – SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. Las partes en aras de solucionar en forma ágil, rápida y directa las diferencias y discrepancias que puedan surgir del presente compromiso de confidencialidad, acudirán en principio al mutuo acuerdo y en caso de no llegarse a un acuerdo, acudirán a las instancias y procedimientos contemplados en los artículos 68 y siguientes de la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.

.

En consecuencia de lo anterior el presente compromiso se firma a los Veinticuatro (24) días del mes de Diciembre del 2024.

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

PÚBLICA

Villavicencio, enero 31 de 2025

Anexo 1.6.2.2

CERTIFICACIÓN

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Meta

ASUNTO: Certificado del contrato **N°5000-666-2024** – Servicio "Apoyo Psicológico Especializado".

Yo, MARTHA MEJIA DE ROMERO, identificada con cédula de ciudadanía No. 21.232.354de Villavicencio, actuando como Representante de la Fundación Para El Progreso De La Orinoquia "FUNDEPRO" con identificación tributaria N°822.002.132-5, certifico que al suscribir el contrato N°5000-666-2024 Servicio "Apoyo Psicológico Especializado":

En el periodo comprendido del 01 al 31 de enero de 2025, en el Servicio complementario de Apoyo Psicológico Especializado, no se presentaron incidentes de seguridad de la información, por lo tanto, no hubo necesidad de informar a la supervisión del contrato.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los treinta y un (31) días del mes de enero de Dos mil veinticinco (2025), con destino al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.

En constancia firma:

MARTHA MEJIA DE ROMERO
cc 21.232.354
Representante Legal
FUNDEPRO

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Diana Ana Cueso Tovar identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 40.327.677 de Villavicencio.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Villavicencio a los 30 días del mes de Diciembre de 2024.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma: Diana Tovar

Cargo: COORDINADORA

Programa: Apoyo psicologico Especializado

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Karen Dayana Ortiz G. identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1006782612 de 2024.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Villavicencio a los 30 días del mes de diciembre. de 2024.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma: Karen Ortiz.

Cargo: Auxiliar administrativo.

Programa: Apoyo psicologico especializado

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Leidy Maicela Molina Parra identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.121.864.435 de Vcio.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Vicio a los 30 días del mes de Diciembre de 2024.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma:

Cargo: Contadora Pública

Programa: Apoyo Psicológico Especializado.

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, José Fernando Palacios Navas identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 86053.020 de Villavicencio.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Villavicencio a los 30 días del mes de diciembre de 2024.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma: _____

Cargo: Auxiliar de Archivo

Programa: Servicio de Apoyo Psicológico Especializado

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Yenny Marcela Fuentes Torres identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.121.946.044 de Vicio.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Villavicencio a los 30 días del mes de Diciembre de 2024.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la información y de los datos".

Firma:

Cargo: Auxiliar Contable

Programa: Apoyo Psicológico Especializado.

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Francy Avelix castillo, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 21182512 de Cumaral.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Villavicencio a los 30 días del mes de Diciembre de 2024.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma: Francy Avelix Castillo,

Cargo: Servicios generales.

Programa: Apoyo psicologico Especializado

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Cristhian David Hernandez Baca identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1121920107 de villavicencio.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en villavicencio a los 30 días del mes de diciembre de 2024.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma: Cristian David

Cargo: Psicologo

Programa: Apoyo psicologico Especializado

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Yesica Rodriguez Martinez identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1122652261 de Restrepo-Meta.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Villavicencio a los 30 días del mes de Diciembre de 2021.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma: Yesica Rodriguez M

Cargo: Psicóloga

Programa: Apoyo Biológico especializado.

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Astrid Carolina Rojas Quevedo identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1022401893 de Bogotá.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Villavicencio a los 30 días del mes de Diciembre de 2024.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma: AstridRojas

Cargo: Psicologa

Programa: Apoyo Psicologico Especializado.

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Leidy Viviana Garcia Rey identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1121907038 de Villavicencio.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Villavicencio a los 30 días del mes de Diciembre de 2024.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma:

Cargo: Psicologa

Programa: Apoyo Psicologico Especializado

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Laura María Gomez Neira identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.124.931.122 de Villavicencio.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Villavicencio a los 30 días del mes de Diciembre de Villavicencio.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma: Laura Gomez

Cargo: Psicologa

Programa: Apoyo Psicologico Especializado

Scanned with CamScanner

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

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Diana Maria Posada Aguilera, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1120499089 de San Martin.

ME COMPROMETO A:

1. Guardar absoluta confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeño.
2. No extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la empresa o de sus empleados.
3. Guardar la confidencialidad que la información privada requiere.
4. No usar ilegalmente la información obtenida en mi beneficio o en el de terceros.
5. Tomar todas las medidas de seguridad para evitar que por mi intermedio se pueda tener acceso ilegalmente a la información.
6. Cuidar y Custodiar las Historias de Atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
7. En caso de incumplir con cualquiera de la anteriores deberán asumir todas las Sanciones legales según la Ley 594 del 2000 – Normatividad de Archivo General de la Nación. (A.G.N.)

El presente documento lo suscribo como compromiso por voluntad y convicción propia, y en constancia lo firmo en Villavicencio a los 30 días del mes de diciembre. de 2024.

En concordancia con lo estipulado en el Código Penal Colombiano y la ley 1273 de 2009 "De la protección de la Información y de los datos".

Firma: Diana Posada

Cargo: Psicologa.

Programa: Apoyo psicologico especializado.

Scanned with CamScanner

Villavicencio, enero 31 de 2025

Anexo 1.6.2.4

CERTIFICACIÓN

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Meta

ASUNTO: Certificado del contrato **N°5000-666-2024** – Servicio "Apoyo Psicológico Especializado".

Yo, MARTHA MEJIA DE ROMERO, identificada con cédula de ciudadanía No. 21.232.354de Villavicencio, actuando como Representante de la Fundación Para El Progreso De La Orinoquia "FUNDEPRO" con identificación tributaria N°822.002.132-5, certifico que al suscribir el contrato N°5000-666-2024 Servicio "Apoyo Psicológico Especializado":

En el periodo comprendido del 01 al 31 de enero de 2025, en el Servicio complementario de Apoyo Psicológico Especializado, se brindó el adecuado cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato

La presente certificación se expide en Villavicencio a los treinta y un (31) días del mes de enero de Dos mil veinticinco (2025), con destino al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.

En constancia firma:

MARTHA MEJIA DE ROMERO
cc 21.232.354
Representante Legal
FUNDEPRO

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 50006662024

CERTIFICA

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION, EN EL MARCO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. 50006662024 DE 30 DE DICIEMBRE DE 2024, CELEBRADO ENTRE LA FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA Y EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF, relacionadas a continuación:

Durante la ejecución del contrato se utilizó la información dada por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** la cual se trató de acuerdo con la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación:

✓ ¿La Política de seguridad de la información del ICBF, fue socializada al personal que hace parte del objeto contractual?

SÍ _X____ Evidencia: Listado de asistencia del 30 de diciembre del 2024.
No ____ Justificación: _____
No aplica _____

✓ ¿La Política de Tratamiento de Datos Personales del ICBF, fue socializada al personal que hace parte del objeto contractual?

SÍ __X___ Evidencia: Listado de asistencia del 30 de diciembre del 2024.
No ____ Justificación: _____
No aplica _____

✓ ¿Se generan periódicamente copias de seguridad de la información digital en la EAS?

SÍ _X____ Evidencia: _____
No ____ Justificación: Por medio de la plataforma drive y IDrive se realizan las copias de seguridad de la entidad
No aplica _____

✓ ¿Se tiene una cuenta de usuario por cada empleado que requiere acceso a los aplicativos institucionales dispuestos por el ICBF?

SÍ ___X__ Evidencia: _____
No ____ Justificación: El operador cuenta del usuario de acceso al SIM para verificar información y asignación de beneficiarios al servicio
No aplica _____

- ✓ ¿Se utilizan controles para el acceso a la información (por ejemplo, contraseñas) contenida o almacenada en medios extraíbles (USB, discos duros externos, entre otros)?

  SÍ X Evidencia: El operador tiene una USB con clave como medio extraíble para el almacenamiento temporal de información.
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ Se lleva control de acceso de las carpetas de los beneficiarios o información administrativa. ¿Se usa bitácora de control de préstamos?

  SÍ _X____ Evidencia: Por medio de formato de lista de préstamo de documento se lleva el control de préstamo de carpeta o cualquier documento.
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ ¿La información física se encuentra custodiada en archivadores con llave o en oficinas de acceso controlado/restringido?

  SÍ __X___ Evidencia: El almacenamiento de archivo cuenta con llave y cámara de seguridad, el equipo de servicio de Apoyo Psicológico Especializado firmo un acuerdo de confidencialidad de cuidar y custodiar las Historias de atención de los usuarios en un archivo y bajo llave.
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ ¿Las zonas de almacenamiento de información física se encuentran libres de humedad, presencia de roedores o plagas?

  SÍ ___X__ Evidencia: Las zonas de almacenamiento están libres de humedad, roedores o plagas que pueda generar un riesgo para la documentación
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ ¿Se utilizó alguna metodología de desarrollo seguro de software (aplica solo para los contratos de prestación de servicios tecnológicos)?

  SÍ _____ Evidencia: _____
  No __X__ Justificación: El contrato actual no es de servicios tecnológicos
  No aplica _____

- ✓ ¿Se realiza la verificación del papel reutilizado, que no contenga información reservada, clasificada del ICBF o con datos personales?

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

SÍ __X___ Evidencia: Se verifica los documentos como papel reutilizable con el fin de garantizar la protección de datos personales
No ____ Justificación: _____
No aplica _____

Dado en la ciudad de Villavicencio, el 07 de enero del 2025.

Atentamente,

LUZ ANGELA CRUZ VARAGS
Supervisor del contrato
1121869789
Luz.cruzv@icbf.gov.co

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

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	CRISTHIAN DAVID HERNANDEZ BACA
Serial	5C63215LTV
Marca	HP
Modelo	RTL8822CL

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
2/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 PM	Cristian David
3/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
4/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
7/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
8/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
9/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
10/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
11/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
13/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
14/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
15/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
16/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
17/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
18/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
20/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
21/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
22/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David
23/01/2025.	7:00 AM	Cristian David	5:00 P.M	Cristian David

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	CRISTHIAN DAVID HERNANDEZ BACA
Serial	5C63215LTV
Marca	HP
Modelo	RTL8822CL

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
24/01/2025	7:00 AM	Cristhian David	5:00 P.M	Cristhian David
25/01/2025	7:00 AM	Cristhian David	5:00 P.M	Cristhian David
27/01/2025	7:00 AM	Cristhian David	5:00 P.M	Cristhian David
28/01/2025	7:00 AM	Cristhian David	5:00 P.M	Cristhian David
29/01/2025	7:00 AM	Cristhian David	5:00 P.M	Cristhian David
30/01/2025	7:00 AM	Cristhian David	5:00 P.M	Cristhian David
31/01/2025	7:00 AM	Cristhian David	5:00 P.M	Cristhian David

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	YESICA ZULEYMA RODRIGUEZ MARTINEZ
Serial	5C68384XVS
Marca	HP
Modelo	RTL8723DE

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
2/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
3/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
4/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
7/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
8/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
9/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
10/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
11/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
13/01/2025.	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
14/01/2025.	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
15/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
16/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
17/01/2025.	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
18/01/2025.	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
20/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
21/01/2025.	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
22/01/2025	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd
23/01/2025.	7:00 AM	Yeslcd	5:00 P.M	Yeslcd

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	YESICA ZULEYMA RODRIGUEZ MARTINEZ
Serial	5C68384XVS
Marca	HP
Modelo	RTL8723DE

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
24/01/2025.	7:00 AM	Yeslad	5:00 PM	Yeslad
25/01/2025.	7:00 AM	Yeslad	5:00 PM	Yeslad
27/01/2025.	7:00 AM	Yeslad	5:00 PM	Yeslad
28/01/2025.	7:00 AM	Yeslad	5:00 P.M	Yeslad
29/01/2025	7:00 AM	Yeslad	5:00 P.M	Yeslad
30/01/2025	7:00 AM	Yeslad	5:00 PM	Yeslad
31./01/2025.	7:00 AM	Yeslad	5:00 PM	Yeslad

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	ASTRID CAROLINA ROJAS QUEVEDO
Serial	A5CD9501R69
Marca	HP
Modelo	14DQ0007LA

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
2/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
3/01/2025	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
4/01/2025	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
7/01/2025	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
8/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
9/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
10/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
11/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
13/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
14/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
15/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
16/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
17/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
18/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
20/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
21/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
22/01/2025	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
23/01/2025	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	ASTRID CAROLINA ROJAS QUEVEDO
Serial	A5CD9501R69
Marca	HP
Modelo	14DQ0007LA

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
24/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
25/01/2025	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
27/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
28/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
29/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
30/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR
31/01/2025.	7:00 AM	AR	5:00 P.M	AR

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	LEIDY VIVIANA GARCIA REY
Serial	SN:MGN0CV02T352228
Marca	ASUS
Modelo	M415DA

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
2/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
3/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
6/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
7/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
8/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
9/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
10/01/2025.	7:00 A.M		5:00 P.M	
11/01/2025.	7:00 A.M		5:00 P.M	
13/01/2025.	7:00 A.M		5:00 P.M	
14/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
15/01/2025.	7:00 A.M		5:00 P.M	
16/01/2025.	7:00 A.M		5:00 P.M	
17/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
18/01/2025.	7:00 A.M		5:00 P.M	
20/01/2025.	7:00 A.M		5:00 P.M	
21/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
22/01/2025.	7:00 A.M		5:00 P.M	
23/01/2025.	7:00 A.M		5:00 P.M	

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	LEIDY VIVIANA GARCIA REY
Serial	SN:MGN0CV02T352228
Marca	ASUS
Modelo	M415DA

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
24/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
25/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
27/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
28/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
29/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
30/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M	
31/01/2025	7:00 A.M		5:00 P.M.	

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	LAURA MARIA GOMEZ NEIRA
Serial	5CD0081B24
Marca	HPLAPTOP
Modelo	14-DQ10019

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
2/01/2025	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
3/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
4/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 p.m	Laura Gomez
7/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 p.m	Laura Gomez
8/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
9/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
10/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
11/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
13/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
14/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
15/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
16/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
17/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
18/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
20/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
21/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
22/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
23/01/2025.	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	LAURA MARIA GOMEZ NEIRA
Serial	5CD0081B24
Marca	HPLAPTOP
Modelo	14-DQ10019

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
24/01/2025	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
25/01/2025	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
27/01/2025.	7:00 AM	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
28/01/2025	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
29/01/2025	7:00 A.M	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
30/01/2025	7:00 AM	Laura Gomez	5:00 P.M	Laura Gomez
31/01/2025	7:00 AM	Laura Gomez	5:00 P.M.	Laura Gomez

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	DIANA MARIA POSADA AGUILERA
Serial	MP2C03VL
Marca	LENOVO
Modelo	14ADA7

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
2/01/2025.	7:00 A M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
3/01/2025	7:00 A.M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada.
6/01/2025.	7:00 A M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
7/01/2025	7:00 A.M	Diana Posada.	5:00 P.M	Diana Posada
8/01/2025	7:00 A.M	Diana Posada.	5:00 P.M	Diana Posada
9/01/2025	7:00 A-M	Diana Posada	5:00 P-M	Diana Posada
10/01/2025	7:00 A.M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
11/01/2025.	7:00 A M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
13/01/2025	7:00 A.M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
14/01/2025	7:00 A M	Diana Posada.	5:00 P.M	Diana Posada
15/01/2025	7:00 A-M	Diana Posada	5:00 P-M	Diana Posada
16/01/2025	7:00 A M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
17/01/2025	7:00 A M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
18/01/2025	7:00 A M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
20/01/2025	7:00 A.M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
21/01/2025	7:00 A.M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
22/01/2025	7:00 A.M	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
23/01/2025	7:00 A.M	Diana Posada.	5:00 P.M	Diana Posada.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES - PROFESIONALES			FUNDEPRO
FUN-GAF-F-14	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Nombre Completo	DIANA MARIA POSADA AGUILERA
Serial	MP2C03VL
Marca	LENOVO
Modelo	14ADA7

Fecha	Hora de Ingreso	Firma de Ingreso	Hora de salida	Firma de Salida
24/01/2025	7:00 AM	Diana Posada	5:00 P-M	Diana Posada
25/01/2025	7:00 AM	Diana Posada	5:00 P-M	Diana Posada
27/01/2025.	7:00 AM	Diana Posada	5:00 P-M	Diana Posada
28/01/2025.	7:00 AM	Diana posada	5:00 P.M	Diana Posada
29/01/2025.	7:00 AM	Diana posada	5:00 P.M	Diana Posada
30/01/2025.	7:00 AM	Diana Posada	5:00 P.M	Diana Posada
31/01/2025.	7:00 AM	Diana Posada	5:00 P.M.	Diana Posada.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			FUNDEPRO
REGISTRO DE EQUIPOS PORTATILES			
FUN-GAF-F-10	VERSIÓN: 02	PAGINA 1 DE 1	

Fecha	Serial	Marca	Modelo	Hora de ingreso	Hora de salida	Quien ingresa	Quien lo retira	Firma
22/01/25	—	ASUS	—	9:30 am	11:17 am	Yessica Cordoba	Yessica C.	
27/01/25	ASPIRE15	ACER	—	9:31 am	11:27 am	Yolima Pachon	Yolima Pachon	

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA REGISTRO DE VISITANTES (INGRESO Y SALIDA)												FUNDEPRO
FUN-GAF-F-13			VERSIÓN: 02			PAGINA 1 DE 1						
Fecha	Hora / Ingreso	No. Documento	Nombre y Apellido	Contratista o entidad que representa	Vacunado contra el COVID-19 SI [X] NO [ ]	Profesional de atención	EPS	Firma / Ingreso	Hora / Salida	Firma / salida	Observaciones	
22/1/25	9:30	40944159	Jirian Escobar	Contrat.	Si	Icbf	Famisanar		11:28			
22/01/25	9:30	1124447425	Yessica Cordoba	Contratista	SI	ICBF	Capital	Yessica	11:27	Yessica.		
22/01/25	9:31	1.124977202	Yolima Pachon	Contratista ICBF	SI	ICBF	Salud.		11:27	Yolima P.		

SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO

La Fundación para el Progreso de la Orinoquia "FUNDEPRO" en desarrollo del Contrato de aporte No. 50006662024 del 30 de diciembre del 2024 con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar "ICBF" Regional Meta, a través del servicio de apoyo psicológico especializado en el Municipio de Villavicencio, entrega evidencia fotográfica de: Archivo, Avisos informativos de prevención y extintores.

DESCRIPCIÓN
Avisos informativos de prevención
Archivo
Cámara
Extintores

Evidencia Fotográfica

Avisos de prevención

Archivo

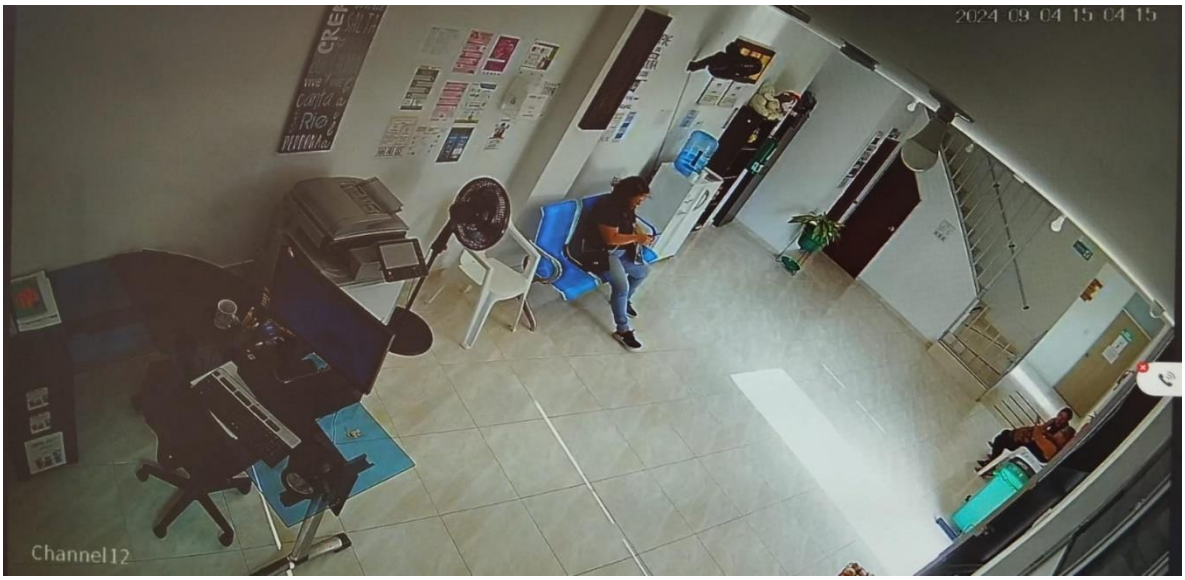
<table>
<tr>
<td>
</td>
<td> </td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td> </td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
</table>

Archivo Coordinación y recepción

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

Cámara que enfoca al escritorio de recepción



Extintores

Se firma el día 31 de enero de 2025.

Zorany Martinez

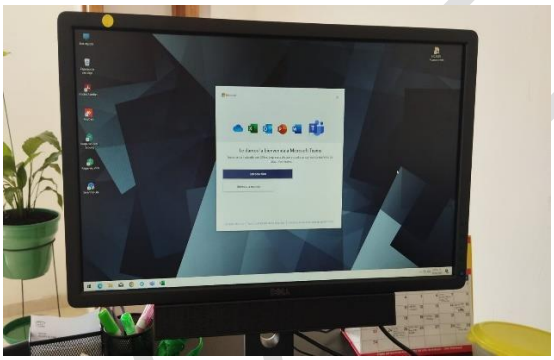
Zorany Martinez
Coordinadora Apoyo Psicológico Especializado
Fundepro

SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO

La Fundación para el Progreso de la Orinoquia "FUNDEPRO" en desarrollo del Contrato de aporte No. 50006662024 del 30 de diciembre del 2024 con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar "ICBF" Regional Meta, a través del servicio de apoyo psicológico especializado en el Municipio de Villavicencio, entrega evidencia fotográfica de:

Medios tecnológicos y de comunicaciones

Evidencia Fotográfica

Coordinación	Recepción
	

COPIA CONFIDENCIAL

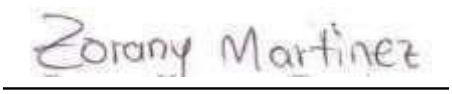
Teléfono Nuevo (ZTE Blade A34)	
Tarjeta SIM	
Cargador	
Auriculares	

Impresora RICOH MP C401 PCL 6

MEMORIA USB

CONFIDENCIAL

Se firma el día 31 de enero de 2025.



Zorany Martinez

Coordinadora Apoyo Psicológico Especializado

Fundepro

CONFIDENCIAL

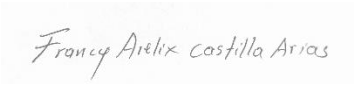
Acta de Entrega de Elementos de Protección Personal

La Fundación para el Progreso de la Orinoquia “FUNDEPRO” en desarrollo del Contrato de aporte No. 50006662024 del 30 de diciembre del 2024 con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar “ICBF” Regional Meta, a través del servicio de apoyo psicológico especializado en el Municipio de Villavicencio, hace entrega de los siguientes elementos.

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN
1	JABON LIQ MANOS X GALON CON AROMA
1	ALCOHOL x 345 ml
1	CAJA DE TAPABOCAS x50
1	PAR DE GAFAS DE PROTECCIÓN
2	PAR DE GUANTES DE CAUCHO NEGRO

Estos Elementos estarán bajo su cuidado, responsabilidad y son de uso exclusivo para el desarrollo de sus funciones

Dado en Villavicencio a los 31 días del mes de enero de 2025.



_____

Nombre Completo: Francy Arelix Castilla Arias
Cedula:21.182.512
Auxiliar de Servicios Generales

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS** **MATRIZ DE EPP**	F28.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

EMPRESA	**FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA - CONTRATO N° 50006662024**

ESPECIFICACIONES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Item N°	Imagen EPP	Nombre del Elemento de Protección	Descripción (Material y usos)	Detalle	Norma Aplicable para EPP	Observaciones
1		Gel antibacterial	PH (Directo) 6.0 a 8.0 Densidad (25°C) 0.95 – 1.05 g/mL Viscosidad @ 25°C (Cps) 2000 – 4000 cps El gel antibacterial está diseñado para ser usado como agente erradicar de microorganimos en la superficie dérmica de la piel y antebrazos	Usado como agente erradicar de microorganimos en la superficie dérmica de la piel y antebrazos	Ley 9 de 1979, Resolución 2400del 22 de mayo de 1979	Se utilizarán donde se presente el personal a exposición directa con el publico y con objetos contaminados; aplicable dentro de las actividades administrativas a realizar.
2		Alcohol	Contenido De Alcohol 68.8 % - 77.9 % DENSIDAD 0.8664 - 0 .8899 G/Ml VOLUMEN NETO PROMEDIO Mínimo 700mL ANTISEPTICO USO EXTERNO	Liquido antiséptico que sirve para desinfectar objetos y la piel dérmica	Ley 9 de 1979, Resolución 2400del 22 de mayo de 1979	Se utilizarán donde se presente el personal a exposición directa con el publico y con objetos contaminados; aplicable dentro de las actividades administrativas a realizar
3		Tapabocas	*Material: : Hecha de polipropileno extruido de 20 g *Usos: Trabajos en archivo, lugares cerrados, en áreas de atención al público.	Debe ajustarse a la cara de manera que forme un sello hermético cubriendo completamente boca y nariz. Fabricado en polipropileno. Color: Azul celeste a full color.	Ley 9 de 1979, Resolución 2400del 22 de mayo de 1979	Se debe utilizar en todo momento dentro de la prestación del servicio del contrato.
4		Gafas de protección	Las gafas eran fabricadas en vidrio, sin embargo, hoy en día se utilizan otros materiales más livianos y resistentes, tales como los polímeros orgánicos y el policarbonato.	Sirven para proteger de salpicadura de cualquier tipo de residuo de tamaño mínimo	Ley 9 de 1979, Resolución 2400del 22 de mayo de 1979	Se debe utilizar en todo momento dentro de la prestación del servicio del contrato.
5		Guantes	*Material: Están hechos de nitrilo es un látex de caucho sintético, obtenido a partir del copolímero acrilonitrilo butadieno. *Usos: Los guantes de látex son equipos de protección laboral individual que protege al individuo en el lugar de trabajo	Los guantes crean una barrera entre los microbios y las manos	NTC 1726 Ley 9 de 1979, Resolución 2400del 22 de mayo de 1979	Para proteger la integridad física, tiene la capacidad de proteger la piel del ser humano ante productos nocivos como: el metanol, la acetona y toda la gama de productos nocivos: además se debe utilizar en atención al cliente.
6		Carnet	*Material: Hecho en plástico pvc, similar a una tarjeta bancaria. *Usos: Es personal e intransferible, de uso permanente en las instalaciones de la Fundación.	Los carnets aumentan la seguridad de muchas maneras. Usar carnets de identificación facilita el trabajo del personal de seguridad para distinguir entre un empleado y un visitante, así minimizando el riesgo de suplantación y robo.	Ley 9 de 1979, Resolución 2400del 22 de mayo de 1979	Puede servir como identificación personal en caso de emergencias
7		Reposapiés	*Material: esta hecho de poliuretano ampliado con base del conglomerado. *Usos: Una de las mas destacadas es que facilita al usuario obtener una correcta posición del cuerpo.	Los reposapiés le ayudara a que pueda reducir todas aquellas patologías o problemas derivados de la tensión que se acumula en las piernas o espalda.	Ley 9 de 1979, Resolución 2400del 22 de mayo de 1979	Alivia la presión de las sillas sobre las piernas, mejora el apoyo lumbal y asegura el contacto firme de los pies en el suelo, reduce la fatiga en las piernas, mejora la postura de sentados y evita cruzar las piernas.

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA VILLAVICENCIO
DIRECCIÓN: Avenida 40 # 27-63, 7 de Agosto
CIUDAD DE LA SEDE: VILLAVICENCIO
TELÉFONO: 6086740689 - 6086740915
EMAIL: citas.villavicencio@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-06-22

Nombres y apellidos: BLANCA ZORANY ESPEJO MARTINEZ
Fecha de nacimiento: 18/09/1983
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: COORDINADORA

CC: 40327677
Edad: 40 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-06-22 / 08:17:27
Fecha salida: 2024-06-22 / 08:20:46

EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTINUAR CONTROLES MEDICOS POR SU PATOLOGIA DE BASE.
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Johana Diaz
Médico especialista en gerencia en seguridad y salud en el trabajo
Resolución 3462 / 2016

JOHANA MARCELA DIAZ GARZON
RM: 81286-2010
Firma y sello del médico

BLANCA ZORANY ESPEJO MARTINEZ
CC: 40327677
Firma del paciente

IPS FUNDACIÓN MANACACIAS

Nit: 900.338.350-1

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

De acuerdo al decreto 2346 de 2007, se certifica por parte del trabajador, que todos los datos consignados en la historia ocupacional y medica, son verídicos. Se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la población examinada, información que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresa a la cual pertenezca, y se utilizará para el cumplimiento de los subprogramas (Art 8 de medicina) preventiva y del trabajo según el Art. 10 de la resolución 1016 de 1989 o la norma que la modifique adición o sustituya.

LEIDY MARCELA MOLINA PARRA		1.121.864.435	VICIO		
NOMBRES Y APELLIDOS		No. Identificación	Ciudad		
33	CONTADORA PÚBLICA		01	04	2024
Edad	Cargo	Antigüedad	Dia	Mes	Año

Tipo de Examen: Ingreso [X] Periódico [ ] Cambio de labor [ ] Retiro [ ] Reingreso [ ] Otro _____

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Optometria		C. Hemático		Frotis/Cultivo garganta		Colesterol		Anexo trabajo en alturas	
Visiometria		Hemoclasificación		SGPT		Triglicéridos		Espacios confinados	
Audiometria		C. Hemático Plaquetas		SGOT		HDL		Tamizaje Tunel del Carpo	
Espirometria		Glicemia		BUN		LDL		Otros:	
EKG		P. de Orina		Creatinina		Alcohol			
Rx Tórax		Coprologico		Colinesterasa		Psicoactivos			
RX C.Lumbosacra		KOH uñas		Serologia		Serologia			

CONCEPTO

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIÓDICO		EXAMEN DE RETIRO	
Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo.	X	Satisfactorio		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad de trabajar.		Signos y síntomas de enfermedad general que deben ser valorados por la EPS.		Con patología de origen comun que deben ser valorada por la EPS.	
Presenta condiciones de salud que se pueden agravar con el trabajo.		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo.		Secuelas de accidentes de trabajo	
Aplazado		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la EPS/ARP.		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la ARP.	

Apto para trabajo en alturas	SI	NO	NA	Apto para conducción vehicular	SI	NO	NA	Apto para manipular cargas	SI	NO	NA		
Apto espacios confinados	SI	NO	NA	Apto para manipular alimentos	SI	NO	NA	Requiere ser reubicado	SI	NO	NA		

RESTRICCIONES: SI [ ] NO [X]

RECOMENDACIONES

SEGÚN IMC		MANEJO POR EPS/ARP		RECOMENDACIONES		RECOMENDACIONES		SVE (INCLUIR)	
Dieta y ejercicio regular	X	Control periódico		Control periódico ocupacional		Complementar vacunación		Auditivo	
Ejercicio regular		Remisión a EPS		Pausas activas	X	Hábitos saludables	X	Respiratorio	
Valoración por nutrición EPS		Remisión a ARP		Pautas ergonómicas	X	Uso corrección visual	X	Visual	
Descartar alteración metabólica		Continuar manejo medico		Adecuada manipulación de cargas		Uso diario de bloqueador solar	X	*Dermatológico	
Dieta sin sal		Evaluación puesto de trabajo		Utilización de EPP	X	Suspender tabaquismo		Ergonómico	
Dieta sin azucar		Análisis puesto de trabajo		Higiene postural		Control periódico tensión arterial		Cardiovascular	
Dieta baja en grasas de origen animal		Seguimiento por ARP		Orientación manejo de estress		Medidas para mejorar retorno venoso		Psicolaboral	
								Químico	

Otras: _____

Dra. Mayra Parra Lara
Médico Especialista Salud Ocupacional
Res-2423/2014

Medico Especialista en Salud Ocupacional
Firma y Sello

Trabajador Evaluado
Firma y C.C. 1121864436

IPS FUNDACIÓN MANACACIAS

Nit: 900.338.350-1

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

De acuerdo al decreto 2346 de 2007, se certifica por parte del trabajador, que todos los datos consignados en la historia ocupacional y medica, son veridicos. Se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la población examinada, información que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresa a la cual pertenezca, y se utilizará para el cumplimiento de los subprogramas (Art 18 de medicina) preventiva y del trabajo según el Art. 10 de la resolución 1016 de 1989 o la norma que la modifique adición o sustituya.

YENNY MARCELA FUENTES TORRES		1.121.946.044	VICIO		
NOMBRES Y APELLIDOS		No. Identificación	Ciudad		
26	AUXILIAR CONTABLE		01	04	2024
Edad	Cargo	Antigüedad	Día	Mes	Año

Tipo de Examen: Ingreso [X] Periódico [ ] Cambio de labor [ ] Retiro [ ] Reingreso [ ] Otro _____

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Optometria	
Visiometria	
Audiometria	
Espirometria	
EKG	
Ax Tórax	
RX C.Lumbosacra	

C. Hemático	
Hemoclasificación	
C. Hemático Plaquetas	
Glicemia	
P. de Orina	
Coprologico	
KOH uñas	

Frotis/Cultivo garganta	
SGPT	
SGOT	
BUN	
Creatinina	
Colinesterasa	
Serologia	

Colesterol	
Triglicéridos	
HDL	
LDL	
Alcohol	
Psicoactivos	
Serologia	

Anexo trabajo en alturas	
Espacios confinados	
Tamizaje Tunel del Carpo	
Otros:	

CONCEPTO

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIÓDICO		EXAMEN DE RETIRO	
Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo.	X	Satisfactorio		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad de trabajar.		Signos y síntomas de enfermedad general que deben ser valorados por la EPS.		Con patología de origen comun que deben ser valorada por la EPS.	
Presenta condiciones de salud que se pueden agravar con el trabajo.		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo.		Secuelas de accidentes de trabajo	
Aplazado		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la EPS/ARP.		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la ARP.	

Apto para trabajo en alturas	SI	NO	NA	Apto para conducción vehicular	SI	NO	NA	Apto para manipular cargas	SI	NO	NA
Apto espacios confinados	SI	NO	NA	Apto para manipular alimentos	SI	NO	NA	Requiere ser reubicado	SI	NO	NA

RESTRICCIONES:	SI		NO	X

RECOMENDACIONES

SEGÚN IMC		MANEJO POR EPS/ARP		RECOMENDACIONES		RECOMENDACIONES		SVE (INCLUIR)	
Dieta y ejercicio regular	✓	Control periódico		Control periódico ocupacional		Complementar vacunación		Auditivo	
Ejercicio regular		Remisión a EPS		Pausas activas	✓	Hábitos saludables	✓	Respiratorio	
Valoración por nutrición EPS		Remisión a ARP		Pautas ergonómicas	✓	Uso corrección visual	✓	Visual	
Descartar alteración metabólica		Continuar manejo medico		Adecuada manipulación de cargas		Uso diario de bloqueador solar	✓	*Dermatológico	
Dieta sin sal		Evaluación puesto de trabajo		Utilización de EPP	✓	Suspender tabaquismo		Ergonómico	
Dieta sin azucar		Análisis puesto de trabajo		Higiene postural		Control periódico tensión arterial		Cardiovascular	
Dieta baja en grasas de origen animal		Seguimiento por ARP		Orientación manejo de estress		Medidas para mejorar retorno venoso		Psicolaboral	
								Químico	

Otras: _____

Dra. Mayra Parra Lara
Médico Especialista Salud Ocupacional
Res-2492/2014

Medico Especialista en Salud Ocupacional
Firma y Sello

Trabajador Evaluado
Firma y C.C.

CC: 1.121.946.044

Cruz Roja Colombiana
Seccional Meta

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

PROCESO: SALUD	CODIGO: FR-SLD-78	VERSION: 04(01/10/2021)	PAG: 1 de 1

Licencia Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo:
Resolución Número 3929 del 2016 SDSM

Nº 265720

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Pre-Ocupacional [X] Periódico [ ] Egreso [ ] Otros [ ] _____

FECHA: 13 06 2024 Empresa: Fundepro .

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Karen Dayana Ortiz Gonzalez	1006782612
CARGO AL QUE ASPIRA O DESEMPEÑA	Aux. almacen.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS APORTADAS

Rregistrar en la casilla correspondiente las siguientes siglas: N:Normal o A:Alterado, según los resultados presentados; ó NA de NO Aporta/No Aplica

NINGUNA	N	A	NA	UROANALISIS	N	A	NA	PERFIL LIPIDICO	N	A	NA	FROTIS DE GARGANTA	N	A	NA	AUDIOMETRIA	N	A	NA
SEROLOGIA	N	A	NA	HEMOGRAMA	N	A	NA	CREATININA	N	A	NA	PRUEBAS HEPATICAS	N	A	NA	VISIOMETRIA	N	A	NA
GLICEMIA	N	A	NA	BACILOSCOPIA	N	A	NA	KOH Uñas	N	A	NA	EKG	N	A	NA	ESPIROMETRIA	N	A	NA
RH	N	A	NA		N	A	NA		N	A	NA		N	A	NA		N	A	NA

CONDUCTAS Y RECOMENDACIONES

Estilo de Vida Saludable		*Conducta Ocupacional*		*Conducta Medica*	
Iniciar actividad Fisica y Recreativa	[X]	Inducción	[X]	Remisión a EPS	[ ]
Desestimulación de consumo de Alcohol	[ ]	Capacitacion	[X]	Remisión a ARL	[ ]
Desestimulación del Tabaquismo	[ ]	Pausas Activas	[X]	Continuar Tratamiento Patologia Existente	[ ]
Desestimulación del Consumo de SPA	[ ]	Uso de EPP	[X]	Otro. Cual?	[ ]
Cambios Dietarios	[X]	Ingreso a PVE	[ ]	Otro. Cual?	[ ]

Programa de Vigilancia Epidemiológica Cardiovascular [ ] Biomecánica [ ] Visual [ ] Auditivo [ ] Psicología [ ] Biológico [ ] Otro _____

Observaciones:

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Examen Ocupacional	SI	NO	*Examen Periodico*	SI	NO	*Examen de Egreso*	SI	NO
Sin Restricciones	[X]	[ ]	Normal	[ ]	[ ]	Satisfactorio	[ ]	[ ]
Con Restricciones	[ ]	[ ]	Requiere Reubicacion Laboral	[ ]	[ ]	No satisfactorio	[ ]	[ ]
Aplazado	[ ]	[ ]	Enfermedad Laboral	[ ]	[ ]		[ ]	[ ]

Sin Restricciones para realizar Trabajo en Alturas [ ] [ ]

Sin Restricción para manipulación de Alimentos [ ] [X]

Restricciones Medicas Ocupacionales:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO	FIRMA DEL TRABAJADOR
Registro Médico N°: Jaime Andres Montealegre Médico Esp. Salud Ocupacional Universidad de los Llanos R.M. 2810 Lic. S.O. 1653	x Karen Ortiz.
Lic. Salud Ocupacional N°:	*"Bajo la gravedad de juramento afirmo que toda la informacion aqui consignada es correcta y no he ocultado nada sobre mi historial de salud"*

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA VILLAVICENCIO | **DIRECCIÓN:** Avenida 40 # 27-63, 7 de Agosto | **CIUDAD DE LA SEDE:** VILLAVICENCIO

TELÉFONO: 6086740689 - 6086740915 | **EMAIL:** citas.villavicencio@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-10-07

Nombres y apellidos: JOSE FERNANDO PALACIO NOVOA **CC:** 86053020
Fecha de nacimiento: 30/04/1977 **Edad:** 47 **Sexo:** MASCULINO
Empresa: PARTICULAR **Fecha ingreso:** 2024-10-07 / 09:29:43
Empresa usuaria: **Fecha salida:** 2024-10-07 / 09:30:20
Cargo: CONTRATISTA

EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: NUTRICION.

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Johana Diaz
Médico especialista en gerencia en seguridad y salud en el trabajo
Resolución 3482 / 2010

JOHANA MARCELA DIAZ GARZON
RM: 81286-2010
Firma y sello del médico

JOSE FERNANDO PALACIO NOVOA
CC: 86053020
Firma del paciente

Centro de Especialistas
Santa Barbara I.P.S E.U
Nit. 900.051.899-7

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 Vicio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703685 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos, se autoriza informar a la empresa las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya

INFORMACION GENERAL

FECHA EXAMEN: **13/06/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **PARTICULAR** Proyecto: **PARTICULAR**

INFORMACION DEL TRABAJADOR

Documento Identidad: **CC 1121920107**	NOMBRE: **CRISTHIAN DAVID HERNANDEZ BACA**	
Edad: **29 Años**	Cargo: **PSICOLOGO**	Evaluacion Medica de: **INGRESO**

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo	X	Satisfactorio		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral		Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS		Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS	
Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Continuar manjeo por ARL	
Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS	
No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS		Valoración medica laboral para evaluación y calificación	
Proceso no terminado		Proceso no terminado		Proceso no terminado	

Observaciones:

EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	Apto / No AP	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO
REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS	NO	NA	OSTEOMUSCULAR	SI	NEUROLOGICO	
REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO	NA	RESPIRATORIO		DERMATOLOGICO	
REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO	NA	CARDIOVASCULAR	NO	MANIPULAR CARGAS	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGUN IMC		MANEJO POR EPS / ARL		RECOMENDACIONES		SVC / (Incluir en)	
Dieta		Control periodico PP o EPS		Control Periodico Ocupacional		Visual	
Ejercicio Regular		Se Prescribe Tratamiento		Higiene Postural	X	Auditivo	
Dieta y Ejercicio Regular	X	Remi: a EPS manejo medico		Utilizacion de EPP	X	Respiratorio	
Valoracion Nutricion por EPS		Continuar Manejo Medico		Utilizacion de Ayudas Ergono.		Ergonomico	
Descartar Altera. Metabolicas		Remision ARL para manejo		Medidas Anti Varices		Cardiovascular	
Dieta, Ejecicios y Med.		Uso Proteccion Solar FiltroUV		Evaluacion Puesto de Trabajo		Psicolaboral	
				Pausas Activas Cada 3 Horas	X	Quimico	
				Pausas Ergonomicas	X	Biologico	

RECOMENDACIONES: HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS.

Medico **HEIDY NATALY BARRERA MARTINEZ**
R.M: **1121826977**

Paciente: **CRISTHIAN DAVID HERNANDEZ BACA**
CC 1121920107

Powered by CamScanner

Centro de Especialistas
Santa Barbara I.P.S E.U
Nit. 900.051.899-7

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.

INFORMACION GENERAL

FECHA EXAMEN: **13/06/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **PARTICULAR** Proyecto: **PARTICULAR**

INFORMACION DEL TRABAJADOR

Documento Identidad: **CC 1122652267**	NOMBRE: **YESICA ZULEYMA RODRIGUEZ MARTINEZ**	
Edad: **28 Años**	Cargo: **PSICOLOGO**	Evaluacion Medica de: **INGRESO**

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo	X	Satisfactorio		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral		Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS		Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS	
Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Continuar manjeo por ARL	
Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS	
No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS		Valoración medica laboral para evaluación y calificación	
Proceso no terminado		Proceso no terminado		Proceso no terminado	

Observaciones:

EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	Apto / No AP	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO
REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS	NO	NA	OSTEOMUSCULAR	SI	NEUROLOGICO	
REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO	NA	RESPIRATORIO		DERMATOLOGICO	
REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO	NA	CARDIOVASCULAR	NO	MANIPULAR CARGAS	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGUN IMC		MANEJO POR EPS / ARL		RECOMENDACIONES		SVC / (Incluir en)	
Dieta		Control periodico PP o EPS		Control Periodico Ocupacional		Visual	
Ejercicio Regular		Se Prescribe Tratamiento		Higiene Postural	X	Auditivo	
Dieta y Ejercicio Regular	X	Remi. a EPS manejo medico		Utilizacion de EPP	X	Respiratorio	
Valoracion Nutricion por EPS	X	Continuar Manejo Medico		Utilizacion de Ayudas Ergono.		Ergonomico	
Descartar Altera. Metabolicas		Remision ARL para manejo		Medidas Anti Varices		Cardiovascular	
Dieta, Ejecicios y Med.		Uso Proteccion Solar FiltroUV	X	Evaluacion Puesto de Trabajo		Psicolaboral	
				Pausas Activas Cada 3 Horas	X	Quimico	
				Pausas Ergonomicas	X	Biologico	

RECOMENDACIONES: HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS. DIETA RICA EN FRUTA Y VERDURAS, BAJA EN GRASA, EJERCICIO REGULA Y BAJAR DE PESO

Medico **HEIDY NATALY BARRERA MARTINEZ**
R.M: **1121826977**

Paciente: **YESICA ZULEYMA RODRIGUEZ MARTINEZ**
CC 1122652267

Powered by CamScanner

Centro de Especialistas
Santa Barbara I.P.S E.U
Nit. 900.051.899-7

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos, se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, Informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.

INFORMACION GENERAL

FECHA EXAMEN: **13/06/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **PARTICULAR** Proyecto: **PARTICULAR**

INFORMACION DEL TRABAJADOR

Documento Identidad: **CC 1022401893**	NOMBRE: **ASTRID CAROLINA ROJAS QUEVEDO**	
Edad: **29 Años**	Cargo: **PSICOLOGO**	Evaluacion Medica de: **INGRESO**

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo	X	Satisfactorio		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral		Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS		Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS	
Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Continuar manjeo por ARL	
Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS	
No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS		Valoración medica laboral para evaluación y calificación	
Proceso no terminado		Proceso no terminado		Proceso no terminado	

Observaciones:

EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	Apto / No AP	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO
REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS	SI	NA	OSTEOMUSCULAR	SI	NEUROLOGICO	NO
REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO	NA	RESPIRATORIO	NO	DERMATOLOGICO	NO
REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO	NA	CARDIOVASCULAR	NO	MANIPULAR CARGAS	NO

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGUN IMC		MANEJO POR EPS / ARL		RECOMENDACIONES		SVC / (Incluir en)	
Dieta		*Control periodico PP o EPS*		Control Periodico Ocupacional		Visual	
Ejercicio Regular		*Se Prescribe Tratamiento*		Higiene Postural	X	Auditivo	
Dieta y Ejercicio Regular	X	*Remi. a EPS manejo medico*		Utilizacion de EPP	X	Respiratorio	
Valoracion Nutricion por EPS		*Continuar Manejo Medico*		Utilizacion de Ayudas Ergono.		Ergonomico	
Descartar Altera. Metabolicas		*Remision ARL para manejo*		Medidas Anti Varices		Cardiovascular	
Dieta, Ejecicios y Med.		*Uso Proteccion Solar FiltroUV*	X	Evaluacion Puesto de Trabajo		Psicolaboral	
				Pausas Activas Cada 3 Horas	X	Quimico	
				Pausas Ergonomicas	X	Biologico	

RECOMENDACIONES: *HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS.*

Medico **HEIDY NATALY BARRERA MARTINEZ**
R.M: **1121826977**

Paciente: **ASTRID CAROLINA ROJAS QUEVEDO**
CC 1022401893

Powered by CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA VILLAVICENCIO
DIRECCIÓN: Avenida 40 # 27-63, 7 de Agosto
CIUDAD DE LA SEDE: VILLAVICENCIO
TELÉFONO: 6086740689 - 6086740915
EMAIL: citas.villavicencio@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-06-13

Nombres y apellidos: LEIDY VIVIANA GARCIA REY
Fecha de nacimiento: 03/01/1994
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PSICOSOCIAL

CC: 1121907038
Edad: 30 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-06-13 / 11:20:53
Fecha salida: 2024-06-13 / 11:28:20

EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

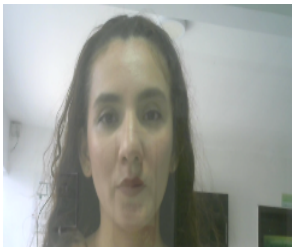
RICARDO MENDOZA PATERNINA
RM: 73188203
Firma y sello del médico

LEIDY VIVIANA GARCIA REY
CC: 1121907038
Firma del paciente

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD FORMATO ANEXO CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2024/06/13 09:13:28 am

TIPO DE EXAMEN : INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2024-06-13 09:11:40
CIUDAD : VILLAVICENCIO



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR	**CARGO**	PSICOLOGA
CONTRATISTA	PARTICULAR		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	LAURA MARIA							
Apellidos	GOMEZ NEIRA							
Identificación	CC	1121938122	**Telefonos**	3102837892	**Genero**	F	**Edad**	27 Años
Correo Electronico:	launeira.96@gmail.com							

1. EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	ANEXOS

2. CONCEPTO DE APTITUD

CUMPLE REQUISITOS NECESARIOS PARA OCUPAR EL CARGO	

3. RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION CARGAS	SI

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

RECOMENDACIONES	Higiene postural
RECOMENDACIONES	Induccion al cargo
RECOMENDACIONES	Utilizacion EPP
SEGUN IMC	Ejercicio regular
SEGUN IMC	habitos de vida saludables
VACUNAS COVID 19	2da Dosis / PFIZER

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. Giovanni L. Sanguino
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Lic SO 4783

Dr. GIOVANNI LEONARDO SANGUINO DELGADO
MEDICO ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC SO 4783 RM 85525

LAURA MARIA GOMEZ NEIRA
CC 1121938122
Firma del trabajador evaluado

Centro de Especialistas
Santa Barbara I.P.S E.U
Nit. 900.051.899-7

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya

INFORMACION GENERAL

FECHA EXAMEN: **13/06/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **PARTICULAR** Proyecto: **PARTICULAR**

INFORMACION DEL TRABAJADOR

Documento Identidad: **CC 1120499089**	NOMBRE: **DIANA MARIA POSADA AGUILERA**	
Edad: **36 Años**	Cargo: **PSICOLOGA**	Evaluacion Medica de: **INGRESO**

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo	X	Satisfactorio		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral		Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS		Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS	
Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Continuar manjeo por ARL	
Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS	
No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS		Valoración medica laboral para evaluación y calificación	
Proceso no terminado		Proceso no terminado		Proceso no terminado	

Observaciones:

EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	Apto / No AP	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO	EXAMENES ANEXOS	SI/ NO
REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS	NO	NA	OSTEOMUSCULAR	SI	NEUROLOGICO	
REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO	NA	RESPIRATORIO		DERMATOLOGICO	
REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO	NA	CARDIOVASCULAR	NO	MANIPULAR CARGAS	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGUN IMC		MANEJO POR EPS / ARL		RECOMENDACIONES		SVC / (Incluir en)	
Dieta		Control periodico PP o EPS		Control Periodico Ocupacional		*Visual*	
Ejercicio Regular		Se Prescribe Tratamiento		Higiene Postural	X	*Auditivo*	
Dieta y Ejercicio Reguiar	X	Remi. a EPS manejo medico		Utilizacion de EPP	X	Respiratorio	
Valoracion Nutricion por EPS		Continuar Manejo Medico		Utilizacion de Ayudas Ergono.		Ergonomico	
Descartar Altera. Metabolicas		Remision ARL para manejo		Medidas Anti Varices		Cardiovascular	
Dieta, Ejecicios y Med.		Uso Proteccion Solar FiltroUV	X	Evaluacion Puesto de Trabajo		Psicolaboral	
				Pausas Activas Cada 3 Horas	X	Quimico	
				Pausas Ergonomicas	X	Biologico	

RECOMENDACIONES: HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS.

Medico **HEIDY NATALY BARRERA MARTINEZ**
R.M. **1121826977**

Paciente: **DIANA MARIA POSADA AGUILERA**
CC 1120499089

Powered by CamScanner

IPS FUNDACIÓN MANACACIAS

Nit: 900.338.350-1

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FUNDACIÓN ESA

De acuerdo al decreto 2346 de 2007, se certifica por parte del trabajador, que todos los datos consignados en la historia ocupacional y medica, son veridicos. Se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la población examinada, información que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresa a la cual pertenezca, y se utilizará para el cumplimiento de los subprogramas (Art 18 de medicina) preventiva y del trabajo según el Art. 10 de la resolución 1016 de 1989 o la norma que la modifique adición o sustituya.

NOMBRES Y APELLIDOS		No. Identificación	Ciudad		
Tania Arelis Castilla Arias		21925112	UVICO		
Edad	Cargo	Antigüedad	Día	Mes	Año
48	Servicios Generales	Indefinido	01	06	2024

Tipo de Examen: Ingreso ☑ Periódico ☐ Cambio de labor ☐ Retiro ☐ Reingreso ☐ Otro _____

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Optometria	
Visiometria	
Audiometria	
Espirometria	
EKG	
Ax Tórax	
RX C.Lumbosacra	

C. Hemático	
Hemoclasificación	
C. Hemático Plaquetas	
Glicemia	
P. de Orina	
Coprologico	
KOH uñas	

Frotis/Cultivo garganta	
SGPT	
SGOT	
BUN	
Creatinina	
Colinesterasa	
Serologia	

Colesterol	
Triglicéridos	
HDL	
LDL	
Alcohol	
Psicoactivos	
Serologia	

Anexo trabajo en alturas	
Espacios confinados	
Tamizaje Tunel del Carpo	
Otros:	

CONCEPTO

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIÓDICO		EXAMEN DE RETIRO	
✓	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo.		Satisfactorio		Satisfactorio
	Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad de trabajar.		Signos y síntomas de enfermedad general que deben ser valorados por la EPS.		Con patología de origen común que deben ser valorada por la EPS.
	Presentá condiciones de salud que se pueden agravar con el trabajo.		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo.		Secuelas de accidentes de trabajo
	Aplazado		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la EPS/ARP.		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la ARP.

Apto para trabajo en alturas	SI	NO	NA	Apto para conducción vehicular	SI	NO	NA	Apto para manipular cargas	SI	NO	NA
Apto espacios confinados	SI	NO	NA	Apto para manipular alimentos	SI	NO	NA	Requiere ser reubicado	SI	NO	NA

RESTRICCIONES:	SI		NO	✓	

RECOMENDACIONES

SEGÚN IMC		MANEJO POR EPS/ARP		RECOMENDACIONES		RECOMENDACIONES		SVE (INCLUIR)	
Dieta y ejercicio regular	✓	Control periódico		Control periódico ocupacional		Complementar vacunación.		Auditivo	
Ejercicio regular		Remisión a EPS		Pausas activas		Hábitos saludables	✓	Respiratorio	
Valoración por nutrición EPS		Remisión a ARP		Pautas ergonómicas	✓	Uso corrección visual		Visual	
Descartar alteración metabólica		Continuar manejo medico		Adecuada manipulación de cargas	✓	Uso diario de bloqueador solar	✓	Dermatológico	
Dieta sin sal		Evaluación puesto de trabajo		Utilización de EPP		Suspender tabaquismo		Ergonómico	
Dieta sin azucar		Análisis puesto de trabajo		Higiene postural		Control periódico tensión arterial		Cardiovascular	
Dieta baja en grasas de origen animal		Seguimiento por ARP		Orientación manejo de estress		Medidas para mejorar retorno venoso		Psicolaboral	
								Químico	

Otras: _____

Dra. Martha Patricia Lara
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Firma y Sello

Francy Arelix Castilla Arias
Trabajador Evaluado
Firma y C.C.

Powered by CamScanner

Villavicencio, enero 31 de 2025

Anexo 1.6.3.6

CERTIFICACIÓN

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Meta

ASUNTO: Certificado del contrato **N°5000-666-2024** – Servicio "Apoyo Psicológico Especializado".

Yo, MARTHA MEJIA DE ROMERO, identificada con cédula de ciudadanía No. 21.232.354de Villavicencio, actuando como Representante de la Fundación Para El Progreso De La Orinoquia "FUNDEPRO" con identificación tributaria N°822.002.132-5, certifico que al suscribir el contrato N°5000-666-2024 Servicio "Apoyo Psicológico Especializado":

En el periodo comprendido del 01 al 31 de enero de 2025, en el Servicio complementario de Apoyo Psicológico Especializado, No se presentaron emergencias en las instalaciones del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los treinta y un (31) días del mes de enero de Dos mil veinticinco (2025), con destino al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.

En constancia firma:

MARTHA MEJIA DE ROMERO
cc 21.232.354
Representante Legal
FUNDEPRO

FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA

FUNDEPRO

Con relación a la obligación contractual "Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad".

Se certifica mediante la presente que para el contrato N° 50006662024 del 30 de diciembre del 2024, se implementaron buenas prácticas ambientales durante la ejecución del contrato, obteniendo principalmente los siguientes resultados:

Buena práctica ambiental	Describir las actividades realizadas	Registro fotográfico
Ahorro y uso eficiente de agua	En los baños se implementan avisos, para que los Colaboradores, Usuarios y visitantes, creen conciencia y disminuyan el uso del agua y el cierre de la llave.	

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

Buena práctica ambiental	Describir las actividades realizadas	Registro fotográfico
Ahorro y uso eficiente de energía	En los interruptores de los bombillos, se encuentran avisos para disminuir el consumo de energía, al igual el Talento Humano desconectan los equipos electrónicos de las tomas corrientes que no se utilizan cuando no están siendo utilizados.	
Ahorro y uso eficiente de papel	Mencionar las practicas realizadas para disminuir el consumo de papel, tales como: 1. Documentos en digital 2. Envíos y recepción de información por medio de correos electrónicos. 3. Utilización de papel reciclaje para imprimir o sacar copias a una cara. 4. Impresiones y copias a doble cara.	

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

Buena práctica ambiental	Describir las actividades realizadas	Registro fotográfico
Manejo de residuos	Fundepro a través del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado. Tiene como estrategia Reducir, Reutilizar y Reciclar los residuos generados: **Identificación de tipo de residuos generados:** los cuales son clasificados en Orgánicos, Inorgánicos. Entre los Orgánicos tenemos las cascara de frutas y alimentos. En los Inorgánicos, se encuentran el papel, cartón, plástico, vidrio. **Separación en la fuente**: Son separados en canecas ecológicas de disposición según su destino, por cada colaborador, visitante o usuario que hace presencia en las instalaciones del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado. Al igual que se cuenta con canecas en las unidades sanitarias. **Almacenamiento:** Se cuenta con en espacio en el cual se encuentran las canecas ecológicas. **Aprovechamiento y disposición final:** Así mismo son entregados a la empresa Bioagricola recolectora de basura del municipio. **Actividades de sensibilización:** Se realiza socialización al Talento Humano, de los avisos puestos en las instalaciones y del uso adecuado de las canecas ecológicas.	

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

Dado en (Villavicencio), a los 31 días del mes de enero de 2025.

En constancia firma:

MARTHA MEJIA DE ROMERO
cc 21.232.354
Representante Legal
FUNDEPRO

PÚBLICA

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

HORA:	7:00 a.m
FECHA:	7 de enero de 2025

LUGAR:	Sede APE Carrera 24. N 37C-04-24 Barrio Villa Julia
CONVOCA:	Servicio Apoyo Psicológico – Coordinadora y Auxiliar Administrativa
OBJETIVO:	Se realiza Socialización al Talento Humano sobre los afiches que se van a implementar para el presente mes y estarán en la sala de espera, sobre el (DIA MUNDIAL DE LA EDUCACIÓN AMBIENTAL).

Agenda:

1. **Saludo por parte de la Coordinadora y la Auxiliar Administrativa del servicio Apoyo Psicológico Especializado.**

2. **Socialización al talento humano sobre los afiches que se va a implementar y que estarán en la sala de espera para que sean socializados a los usuarios cuando tengan las atenciones.**

Desarrollo:

El día 7 de enero se reúne a las 7:00 a.m. El Talento humano de Apoyo Psicológico Especializado, para darles a conocer los afiches que se implementaran para el presente mes de enero sobre las obligaciones SIGE del (DIA MUNDIAL DE LA EDUCACIÓN AMBIENTAL).Estos afiches estarán pegados en la sala de espera el cual el talento humano socializara con los usuarios que tengan atenciones, “El objetivo principal es concientizar a los usuarios que hacen parte del servicio; explicándoles que participen y adopten medidas para la conservación del medio ambiente” aprender a respetar y querer a la naturaleza, ya que cuidar la naturaleza es preservar nuestro futuro. Educando a los usuarios para que entiendan que es el medio ambiente, su importancia y el delicado equilibrio entre nosotros y la naturaleza.

Decisiones:
De acuerdo a lo anterior el personal manifiesta el compromiso total de dar cumplimiento a lo descrito anteriormente.

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
De manera presencial, se implementó por medio del voz a voz las recomendaciones del tema.	Personal contratado	Durante toda la ejecución del contrato.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE LA SOCIALIZACION AL TALENTO HUMANO

FUNDEPRO	**FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA**	MHS-R-13
	ACTA DE REUNION	30-11-2018

AFICHES IMPLEMENTADOS

FUNDEPRO	**FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA**	MHS-R-13
	ACTA DE REUNION	30-11-2018

EVIDENCIA FOTOGRAFICA SOCIALIZACION A USUARIOS DEL SERVICIO

Se firma el día 7 de enero de 2025.

Zorany Martinez

Zorany Martinez
Coordinadora Apoyo Psicológico Especializado
Fundepro

EMPRESA	**FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA FUNDEPRO – Servicio de Apoyo Psicológico Especializado**
TEMA	SE REALIZA. SOCIALIZACIÓN AL TALENTO HUMANO SOBRE LOS AFICHES QUE SE UAN A IMPLEMENTAR PARA EL PRESENTE MES Y ESTARÁN EN LA SACA DE ESPERA, SOBRE EL (DIA MUNDIAL DE LA EDUCACIÓN AMBIENTAL)
RESPONSABLE	ZORANY MARTINEZ - COORDINADORA; KAREN ORTIZ-AUX. ADMINISTRATIVO.
FECHA	07/ENERO/2025.
CIUDAD	VILLAVICENCIO – META.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA	FIRMA
1	Yesica Rodriguez Martinez	Psicologa	1122632207	YesicaR
2	Dana maria Rosada Aguilera.	Psicologa.	1120499089.	Dana Rosado.
3	Leidy Viviana Garcia Rey	Psicologa	1121907038	
4	Jacqueline Gomez Neira	Psicologa	1.121.938.122	Jacqueline Gomez
5	Zorany Martinez	Coordinadora	40.327.677	Zorany Martinez
6	Astrid Carolina Rojas Acevedo	Biologa	1022401893	
7	Cristhian David Hernandez Baez	Psicologo	1121972107	Cristian David

8	Francy Arelix castilla Arias	Servicios generales	71182512	Francy Arelix Castilla,
9	Karen Dayana Ortiz G.	Administrativo	1006782612	Karen Ortiz.
10				
11				
12				
13				
14				
15				

ASOCIACIÓN DE FUMIGADORES DEL DEPARTAMENTO DEL META

NIT. 900.615.757-1

CONCEPTO SANITARIO _____

Nº 0427

FumiReyes

CERTIFICA QUE:

LA EMPRESA ASOCIADA: ADOLFO REYES TRUJILLO

TELÉFONO: 3105271269 NIT.: 17'326.536-8

REALIZÓ CONTROL INTEGRADO DE PLAGAS (CIP) X DESINFECCIÓN ☐ VEHICULO ☐ OFIC. / EMP. ☐ VIVIENDA ☐

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA.

DIRECCIÓN: CRA 24 # 37C 04 B. VILLA-JULIA. TELÉFONO: _____ NIT.: 822002132-5

FECHA CONTROL: 18-I-2025 FECHA PRÓXIMO CONTROL X X

HOJA DE INSPECCIÓN E INFORMACIÓN

ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO
Área de residuos diseñada sanitariamente	X		Los pisos son adecuados	X	
Almacenamiento de alimentos sobre estivas	X		Las paredes lisas, claras y sin grietas	X	
Alimentos refrigerados	X		Los sifones con rejilla anti cucarachas	X	
Existen estancamientos de agua		X	Luz de puertas no mayor a 1 cm	X	
Lavan periódicamente los tanques	X		Ventanas y puertas con protección anti insectos	X	
Separación adecuada de áreas funcionales	X		Alrededores limpios y libres de maleza	X	
Aberturas de ventilación protegidas	X		Tanque lavadero		X

SANEAMIENTO Y CONTROL

Existe programa de control de plagas	SI	NO	Existe plano de ubicación puntos de control de plagas	SI	NO	Existe registro de control de plagas	SI	NO

PLAGAS A CONTROLAR

Zancudos	X	Cucarachas	X	Moscas	X	Hormigas	X	Gorgojos	X
Acaros		Pulgas		Garrapatas		Termitas		Roedores	
Murciélagos		Palomas		Ofidios		Avispas		Abejas	

CONTROL: Físico ☐ Químico X Biológico ☐ Cultural ☐

INSECTICIDAS / RODENTICIDAS / GEL / DESINFECTANTE

Insecticida	ATONIT 5EC	**Dosificación**	5cc X LT.	**Ingrediente activo**	LAMBDACIHALOTRINA.
Rodenticida		**Dosificación**		**Ingrediente activo**	
Lamina adhesiva		**Punto de cebaderos**		**Trampa de contacto**	
Gel		**Lamparas atrapa insectos**		**Jaulas**	
Desinfectante					

TIPO DE APLICACIÓN: Aspersión manual X Nebulización ☐ Termo Nebulización ☐

MOTOR

OBSERVACIONES: PRODUCTO ATONIT 5 EC
RGSP 1.98-2003.
CONCEPTO TOXICOLOG. MP-13398-2003.
DISTRIB. MULT. AGRO.

Firma autorizada

FumiReyes
ADOLFO REYES TRUJILLO
Técnico

OLGA Quiñonez.
Acepta

Cra. 34 No. 26A - 07 - Nuevo Maizaro - Celular 318 324 5057

Powered by CamScanner

FumiReyes

Fumigaciones Residenciales y Comerciales

Exterminamos todo tipo de insectos voladores, rastreros, desratización, inmuniza... de cielorrasos y maderas

PROTOCOLO A SEGUIR ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA FUMIGACIÓN

Reciba un cordial saludo de *FumiReyes* : A continuación nos permitimos darles a conocer las instrucciones que debe(n) seguir para saber qué hacer y cómo prepararse para la fumigación por usted(es) contratada, teniendo en cuenta que nuestro objetivo principal es su bienestar y prestarles un excelente servicio:

ANTES:

- Ubicar todos los alimentos y consumibles en un lugar aislado.
- Limpiar todo residuo de grasa o aceite, donde se manipule alimentos.
- Desocupar; especialmente muebles en madera: gavetas, cajones, mesones, etc. y dejarlos abiertos.
- Todo inmueble pegado a la pared que se pueda mover, correrlos hacia el frente al menos 10 cm.
- Desconectar todo electrodoméstico y cerrar los registros de gas.
- Trasladar a otro lugar personas embarazadas, enfermos, asmáticos, niños y animales.

DURANTE:

- Desocupar el sitio de fumigación y esperar afuera. En caso de supervisión por parte del cliente, que sea una persona que no posea ningún tipo de enfermedad respiratoria.
- Mantener en completa supervisión niños y animales.
- No ubicarse detrás de puertas, rejas, y ventanas.
- En caso de querer entrar al lugar de fumigación avisar en voz alta.

DESPUÉS:

- Lavar todos tipo de utensilio de cocina como: platos, ollas, vasos, cucharas tenedores, etc.
- Evitar lavar las gavetas, cajones, mesones, adornos de cocina, etc.
- Esperar el mayor tiempo posible (48 horas) para limpiar superficialmente (barrer) los lugares donde fue fumigado como: pisos, pared, alrededores de estanque, baños, etc.
- En caso de tener contacto con el plaguicida, lavar con abundante agua y jabón.
- Cambiar el agua que este en tanques, peceras, recipientes, etc.
- Evitar suministrar alimentos a animales y mascotas en los límites del lugar fumigado.
- Cualquier inquietud adicional, consultar con el técnico encargado o llamar a nuestra empresa.
- No ingresar a las áreas fumigadas recientemente. Preguntar antes de entrar.

Powered by CamScanner

ATONIT 5 EC

Nombre Comercial	Atonit 5 EC
Nombre Común	Lambdacihalotrina
Grupo	Insecticida Piretroide
Nombre Químico	(S) - ∝ - ciano - 3 - fenoxibenzil (Z) - (1R, 3R) - 3 - (2 - cloro - 3,3,3 - trifluoropropenyl) - 2,2 - = dimetilciclopropanocarboxilato y (R) ∝ - ciano - 3 fenoxibenzil (Z) - (1S,3S) 3 (2 - =cloro -3,3,3 - trifluoropropenyl) - 2,2 - = dimetilcilopropanocarboxilato
Estabilidad	Estable en condiciones normales de almacenamiento, mantener en lugar fresco y seco a temperaturas entre 5 y 30 C°.

DESCRIPCION

Liquido concentrado soluble en agua, fotoestable, no corrosivo, no inflamable, no mancha, posee bajo olor, la formulación NO presenta emisión de gases. **ATONIT 5 EC** es un efectivo insecticida – acaricida piretroide con excelente persistencia insecticida, con ingrediente activo Lambdacihalotrina. Posee un notable efecto expulsivo y de volteo, presenta un amplio rango de seguridad para el hombre y animales de sangre caliente, no se acumula en el medio ambiente y es fácil de usar.

MODO DE ACCIÓN

Actúa por contacto e ingestión. Lambdacihalotrina inhibe la función de las células nerviosas periféricas causando una sobre-excitación de las neuronas que bloquean la conducción de las señales, causando el derribo inmediato del insecto, antecedido de una excitación y posterior muerte del insecto.

ESPECTRO DE ACCION

ATONIT 5 EC controla plagas de insectos voladores tales como: Moscas, zancudos, avispas, polillas, tábanos y otras. Algunas plagas de insectos rastreros como, tijeretas, hormigas, arañas, pulgas, termitas, garrapatas, alacranes entre otras; las plagas propias de los granos almacenados como Rhizopertha dominica, sitotroga cerealella, sitophilus oryzae, entre otras.

INDICACIONES

ATONIT 5 EC está indicado para el control residual de insectos rastreros y voladores, en todo tipo de ambiente, en especial: viviendas, fabricas, depósitos, cuarteles, restaurantes, establecimientos pecuarios, oficinas, hospitales, mataderos, hoteles, plazas de mercado, bodegas, molinos y agroindustria en general.

SEGURIDAD

Lambdacihalotrina ha sido evaluada extensamente hasta los niveles requeridos por las autoridades sanitarias, estudios que han demostrado que **ATONIT 5 EC** puede ser usado en todo tipo de ambiente. EPA en USA y MAFF de UK han aprobado su uso en áreas delicadas como las de manipulación de alimentos.
Categoría Toxicológica III MEDIANAMENTE TOXICO

DOSIS

Adicionar una parte de agua al equipo de aspersión, calcular la dosis necesaria, incorporar al equipo de fumigación realizar agitación luego completar con agua agitar y aplicar

INSECTOS A CONTROLAR	APLICACIÓN	DILUCION EN AGUA	AREA A TRATAR
VOLADORES	Mantenimiento	4 ml / Lt	20 m2 / Lt de Mezcla
	Ataque	6 ml / Lt	
RASTREROS	Mantenimiento	6 ml / Lt	20 m2 / Lt de Mezcla
	Ataque	8 ml / Lt	
VOLADORES Y RASTREROS	Nebulización Térmica	15 ml / Lt de ACPM	1000 m3 / Lt de Mezcla

PRECAUCIONES GENERALES

* Mantener el producto fuera del alcance de los niños y los animales domésticos.
* No fumar, comer ni beber durante la aplicación.
* Evitar todo contacto por vía oral o por inhalación.
* Usar protección adecuada para la aplicación y manipulación.
* No dirigir la aspersión sobre animales, personas o alimentos.
* Lavar y luego desechar correctamente los envases vacíos.
* No almacenar junto con alimentos o cerca de cursos o fuentes de agua.
* Atonit 5 EC, es un insecticida piretroide sintético y aunque es de baja toxicidad se debe manejar con precaución.

En caso de intoxicación, retirar la persona expuesta y acudir de inmediato al médico, mostrando la etiqueta del producto.

Registro Min. Protección Social: **RGSP 198-2003**
Concepto Toxicológico: **MP-13398-2003**
Importado por: anasac PESTControl
Distribuido por: MULTI AGRO

Zona Industrial El Papayo Tras. 1sur No. 44-229
Tels. 270 1640 - 266 9428 - Cel. 320 834 2883
multiagro12@gmail.com - Ibagué - Tolima

Powered by CamScanner

TECNIFUMIGACIONES DEL LLANO

CONTROL DE INSECTOS Y DESINFECCION

NIT 40394756-3
PRESTACION DE SERVICIOS DE CONTROL INTEGRAL DE PLAGAS
CONCEPTO SANITARIO No 11022022 APROBADO POR LA SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICA QUE
SE REALIZÓ DIAGNÓSTICO LAVADO Y DESINFECCIÓN DE TANQUES A:

HOJA DE INSPECCION E INFORMACION No. 389

NOMBRE O RAZON SOCIAL	**FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA**				
CC O NIT	**822002132-5**	**TELEFONO**	**6086833818**		
DIRECCION	CR 24 37 C 04 LC 103 BR VILLAJULIA			**CUIDAD O MUNICIPIO**	**VILLAVICENCIO**
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	**COMERCIO**			**CUAL ?**	
FECHA	**02-11-2024**	**HORA INICIO**	**6:00PM**	**HORA FINALIZACION**	7:00PM

CONDICIONES FISICAS	OBSERVADO	NO OBSERVADO	CONDICIONES SANITARIAS	OBSERVADO	NO OBSERVADO
Pisos	X		Tanques de agua	X	
Paredes	X		Drenajes (cajas, sifones)	X	
Techos	X		Servicios sanitarios	X	
Escaleras	X		Orden, limpieza y desinfección	X	
Protección contra plagas y agentes externos	X		Sedimentos	X	

TIPO DE TANQUE	OBSERVADO	MATERIAL DEL TANQUE	OBSERVADO
Enterrado o subterráneo		Fibra de vidrio	X
Apoyado sobre el suelo o de superficie		Concreto simple o reforzado	X
Sobre el nivel de los techos o elevado		Acero	X
		Polietileno	X

PROTOCOLO	PROCEDIMIENTO REALIZADO
Evaluación total del tanque.	Procedimiento manual en el interior del tanque con materiales no abrasivos.
Remoción de partículas sólidas que se adhieren en su interior.	Característico
Limpieza en la base del tanque por sistema de absorción.	Lavado con agua potable.
Aplicación de desinfectante para evitar alta proliferación de bacterias en el contenido de agua.	Desinfección total con hipoclorito de sodio. BLANQUITEX
	Aplicación de hipoclorito de sodio concentración al 5.25%.
	Abertura de válvulas para lavado del tanque.
	Llenado del tanque.

TÉCNICO ENCARGADO CON CERTIFICACIÓN:	**JAIRO ROMERO**	**FECHA RECOMENDADA PARA EL SIGUIENTE SERVICIO:**	02-05-2025
Ficha técnica:	Anexa		
Observaciones:	Atendiendo a los implementos de trabajo requeridos como los son, guantes de nitrilo, botas de caucho y baldes, etc. Se realiza el servicio de lavado y desinfección de 2 tanques elevados de 500lt.		

BIVIANA ANGEL PARDO
REPRESENTANTE LEGAL
CEL. 3143681412

Firma quien solicita el servicio
Nombre BIANCA ZOMA B. YBELMAN
Cédula 40327677 VLLO

ANEXOS

No. 389

1. TANQUE ELEVADO

2. TANQUE ELEVADO

ASOCIACIÓN DE FUMIGADORES DEL DEPARTAMENTO DEL META

NIT. 900.615.757-1

CONCEPTO SANITARIO 0967

FumiReyes

CERTIFICA QUE:

LA EMPRESA ASOCIADA: ADOLFO REYES TRUJILLO

TELÉFONO: 3103271269 NIT.: 17'326.536-8

REALIZÓ CONTROL INTEGRADO DE PLAGAS (CIP) X DESINFECCIÓN ☐ VEHÍCULO ☐ OFIC. / EMP. ☐ VIVIENDA ☐

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA

DIRECCIÓN: CRA 24 # 37C-04. B. VILLA JULIA TELÉFONO 3105555502 NIT.: 82200

FECHA CONTROL: 29-06-2024 FECHA PRÓXIMO CONTROL X X X

HOJA DE INSPECCIÓN E INFORMACIÓN

ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	ASPECTO A EVALUAR	SI	NO
Área de residuos diseñada sanitariamente	X		Los pisos son adecuados	X	
Almacenamiento de alimentos sobre estivas			Las paredes lisas, claras y sin grietas	X	
Alimentos refrigerados			Los sifones con rejilla anti cucarachas	X	
Existen estancamientos de agua		X	Luz de puertas no mayor a 1 cm	X	
Lavan periódicamente los tanques	—		Ventanas y puertas con protección anti insectos	X	
Separación adecuada de áreas funcionales	X		Alrededores límpios y libres de maleza	X	
Aberturas de ventilación protegidas	X		Tanque lavadero		X

SANEAMIENTO Y CONTROL

Existe programa de control de plagas	SI	NO

Existe plano de ubicación puntos de control de plagas	SI	NO

Existe registro de control de plagas	SI	NO

PLAGAS A CONTROLAR

Zancudos	X	Cucarachas	X	Moscas	X	Hormigas	X	Gorgojos	
Ácaros		Pulgas		Garrapatas		Termitas		Roedores	
Murciélagos		Palomas		Ofidios		Avispas		Abejas	

CONTROL: Físico ☐ Químico X Biológico ☐ Cultural ☐

INSECTICIDAS / RODENTICIDAS / GEL / DESINFECTANTE

Insecticida	RUTTO	Dosificación	10 cc x LT	Ingrediente activo	CYFLUTHRIN
Rodenticida		Dosificación		Ingrediente activo	
Lámina adhesiva		Punto de cebaderos		Trampas de contacto	
Gel		Lámparas atrapa insectos		Jaulas	
Desinfectante					

TIPO DE APLICACIÓN: Aspersión manual ☐ Nebulización X Termo Nebulización ☐

OBSERVACIONES: PRODUCTO RUTTO · LOTE Nº ZHXN 2023-0515
FORMULACIÓN. 15-05-2023
CONCEPTO TOXICOLOGICO 14369-2010
DISTRIBUIDOR ASIA AGRO COLOMBIA

Firma autorizada

FumiReyes
ADOLFO REYES TRUJILLO
Técnico

Guido Quiñonez
Acepta

FumiReyes

Fumigaciones Residenciales y Comerciales

Exterminamos todo tipo de insectos voladores, rastreros, desratización, inmuniza[illegible] de cielorrasos y maderas

PROTOCOLO A SEGUIR ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA FUMIGACIÓN

Reciba un cordial saludo de *FumiReyes* : A continuación nos permitimos darles a conocer las instrucciones que debe(n) seguir para saber qué hacer y cómo prepararse para la fumigación por usted(es) contratada, teniendo en cuenta que nuestro objetivo principal es su bienestar y prestarles un excelente servicio:

ANTES:

- Ubicar todos los alimentos y consumibles en un lugar aislado.
- Limpiar todo residuo de grasa o aceite, donde se manipule alimentos.
- Desocupar; especialmente muebles en madera: gavetas, cajones, mesones, etc. y dejarlos abiertos.
- Todo inmueble pegado a la pared que se pueda mover, correrlos hacia el frente al menos 10 cm.
- Desconectar todo electrodoméstico y cerrar los registros de gas.
- Trasladar a otro lugar personas embarazadas, enfermos, asmáticos, niños y animales.

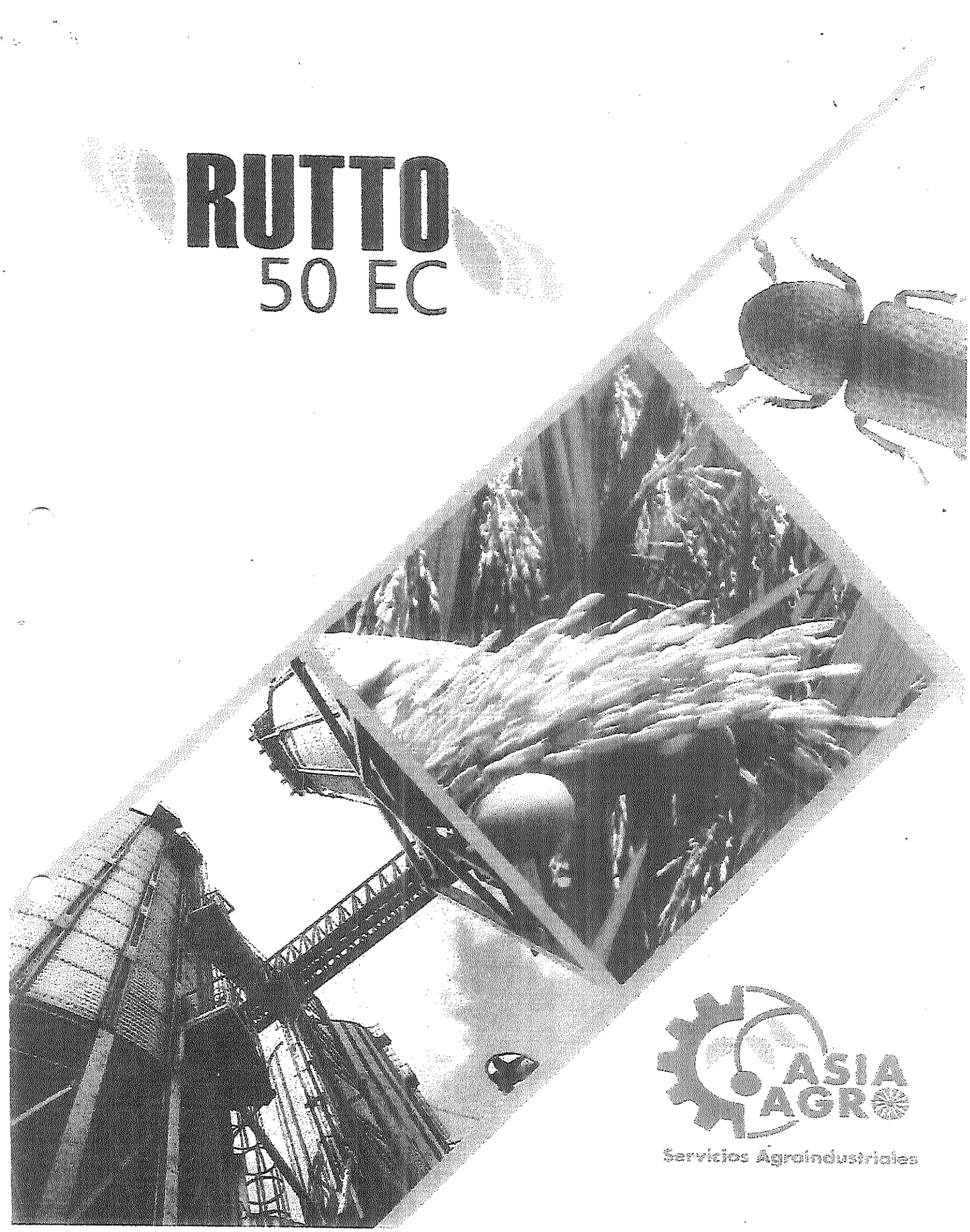
DURANTE:

- Desocupar el sitio de fumigación y esperar afuera. En caso de supervisión por parte del cliente, que sea una persona que no posea ningún tipo de enfermedad respiratoria.
- Mantener en completa supervisión niños y animales.
- No ubicarse detrás de puertas, rejas, y ventanas.
- En caso de querer entrar al lugar de fumigación avisar en voz alta.

DESPUÉS:

- Lavar todos tipo de utensilio de cocina como: platos, ollas, vasos, cucharas tenedores, etc.
- Evitar lavar las gavetas, cajones, mesones, adornos de cocina, etc.
- Esperar el mayor tiempo posible (48 horas) para limpiar superficialmente (barrer) los lugares donde fue fumigado como: pisos, pared, alrededores de estanque, baños, etc.
- En caso de tener contacto con el plaguicida, lavar con abundante agua y jabón.
- Cambiar el agua que este en tanques, peceras, recipientes, etc.
- Evitar suministrar alimentos a animales y mascotas en los límites del lugar fumigado.
- Cualquier inquietud adicional, consultar con el técnico encargado o llamar a nuestra empresa.

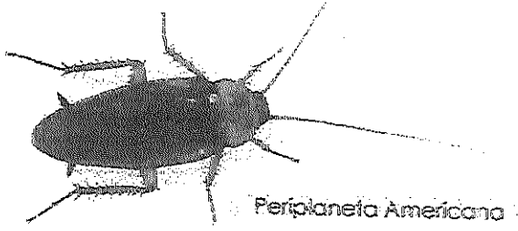
RUTTO
50 EC



ASIA AGRO

Servicios Agroindustriales

Powered by CamScanner



Periplaneta Americana

RUTTO 50 EC

Descripción

RUTTO EC es un **insecticida** altamente activo perteneciente al grupo de los piretroides sintéticos, se destaca por su rápido efecto inicial (knock down) y su prolongado efecto residual. Su ingrediente activo es el Cyflutrin. **RUTTO EC** actúa por medio del contacto dermal, ingestión por vía oral e inhalación por vía respiratoria. Puede ser aplicado por métodos de aspersión, nebulización (frío caliente) e incorporación directa al grano.

ESPECIFICACIONES	
Clase	Insecticida
Ingrediente Activo	Cyflutrin
Grupo Químico	Piretroide
Formulación	Concentrado Emulsionable
Registro Sanitario Minsalud	RGSP-318-2011
Registro ICA Para Granos Almacenados	No.1374/ octubre 2013
Concepto Toxicológico	MP- 14389-2010
Nombre Químico	(RS) - α-cyano-4- fluoro - 3 - Phenoxybenzyl (1RS, 3 SR)-3 (2,2 - dichlorovinyl) - 2,2 - dimethylcyclopropanecarboxylate Salt: (RS) α-Cyano-4- fluoro -3 – phenoxybenzyl (1 RS) - cis - trans - 3 - (2,2 – dichlorovinyl) 2,2 - dimethylcyclopropanecarboxylate
Concentración de IA:	50 gramos de i.a por litro de formulación a 24 °C

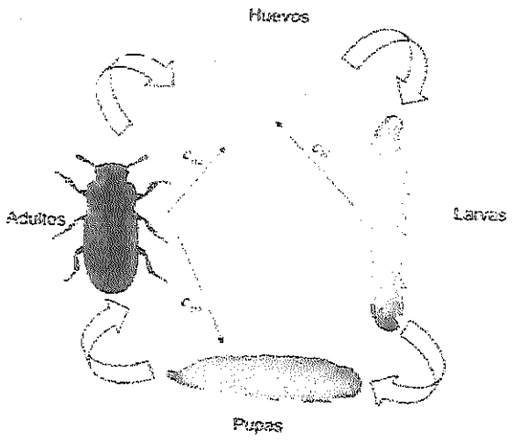
Presentación:
Envase PET de 120 ml y 1 litro.

Características

RUTTO EC es un producto de bajo olor y baja toxicidad que no deja mancha sobre las superficies aplicadas sin importar del método que haya sido empleado para su aplicación. Posee dos registros: Ministerio de Salud Pública e ICA.

Precauciones

- **No** almacenar junto con alimentos.
- **Mantener el producto bien tapado** en su envase original y con la etiqueta visible en lugar fresco y seco.
- **No fumar, beber ni comer** durante la manipulación del producto.
- **Evitar** el contacto con la piel y los ojos, evitar su inhalación.
- Para su aplicación **se recomienda** utilizar guantes, overol, botas, casco y mascarilla.
- **No** aplicar sobre personas, animales o alimentos.
- **Ningún** envase que haya contenido plaguicidas debe utilizarse para contener alimentos o agua para consumo.



Ciclo evolutivo Del Tribolium Spp

PRIMEROS AUXILIOS

En caso de contacto con los ojos, lavar bien con abundante agua limpia durante 15 minutos.
En caso de contacto con la piel, lavar con abundante agua y jabón no utilice soluciones orgánicas.
En caso de ingestión, no inducir al vomito, acudir inmediatamente al médico y muéstrele copia de la etiqueta.
En caso de inhalación, retirar el paciente a un lugar bien ventilado o al aire libre, mantenerlo en reposo.

ANTIDOTO: No existe antídoto especifico, el tratamiento es sintomático, no usar atropina ni antihistamínicos.

RUTTO EC es ideal para el control de distintas clases de insectos rastreros y voladores propias de los granos almacenados, la agroindustria y la salud publica tales como: cucarachas, pulgas, chinches, garrapatas, hormigas, grillos, moscas, mosquitos, larvas, entre otros. (...)

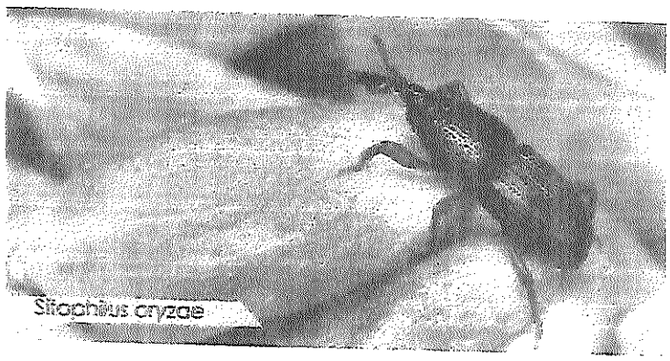
RUTTO EC puede ser aplicado por métodos de aspersión o nebulización previa dilución en agua o en solventes orgánicos de acuerdo a las siguientes dosis:

INSECTOS	MÉTODO DE APLICACIÓN	DOSIFICACIÓN	OBSERVACIONES
Voladores como: mosca domestica, mosca de los establos, mosquitos vectores transmisores de enfermedades	Pre-emisión	4ml / Litro de agua	Aplicar en los lugares donde pueda posar como paredes, marcos de ventanas, palomas, telarañas, etc. para tratar un área de 25 m2
Rastreros como: cucarachas, pulgas, chinches de cama, hormigas, chanchitos, grillos entre otros	Aspersión	8ml / Litro de Agua	Aplicar de forma homogénea en los escondrijos de los insectos como: grietas, esquinas, cuartos de baño, lavamanos, etc. Para tratar un área de 25m2
Insectos que atacan productos almacenados, insectos de importancia en explotaciones avícolas.	Aspersión	8ml / Litro de Agua	En instalaciones industriales, bodegas industriales, alimenticias, bodegas etc.
Para tratamiento en bodegas y espacios abiertos.	Nebulización en frio o en caliente	20 ml / litro de ACPM o solventes orgánicos	Retratamiento para tratar un área de 1000 m2
Tratamiento directo a la masa de grano para almacenamiento.	Aspersión nebulización	10 - 15 ml / Litro de Agua	Tratamiento sobre 1 tonelada. El material debe estar seco, libre de insectos y el equipo de incorporación debe garantizar un flujo constante. (material de uso)

Powered by CamScanner

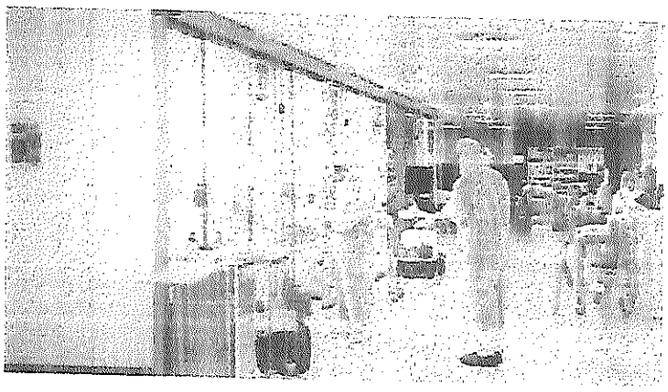
Granos Almacenados y Agroindustria

RUTTO EC es ideal para el control de toda tipo de plagas propias de los granos almacenados como Rhyzopertha dominica entre otras, asegurando un alto margen de seguridad y persistencia a bajas dosis aplicando la mezcla directamente a los arrumes, paredes, techos, estibas, maquinaria, silos.


Sitophilus oryzae

Salud Pública

RUTTO EC es ideal para el control de insectos rastreros y voladores en el área de salud publica a nivel domiciliario e industrial, como viviendas (llantas de vehículos, desechos, canales de techos, cavidades donde se deposite agua, etc.), fábricas, depósitos, cuarteles, restaurantes, establecimientos pecuarios, oficinas, hospitales, planta de beneficio animal, hoteles, plazas de mercado, bodegas, molinos y agro-industria en general.



Actúa por contacto e ingestión con un amplio efecto en larvas y adultos de plagas tales como.

Mosquitos, moscas, cucarachas, pulgas, chinches, pitos, arañas, hormigas, escorpiones, gorgojos, polillas etc.

RUTTO EC se recomienda realizar aplicaciones por sistema de aspersión previa dilución en agua, dirigida a los sitios donde viven o transitan los insectos con especial énfasis a paredes, techos, pisos, grietas, y demás focos de evidencia de infestación.

INSECTOS VOLADORES Y RASTREROS.		
DOSIS ATAQUE Infestaciones altas o persistencia prolongada	8 ml / Litro de Agua	Área a tratar 20 a 25 m2
DOSIS DE MANTENIMIENTO Infestaciones bajas	4 ml / Litro de Agua	Área a tratar 20 a 25 m2

ASIA AGRO COLOMBIA S.A.S
Transversal 1 sur N.4A-120 Zona Industrial
Bodega 2
Teléfono: 3142304... cel: 3...
asiagro.colombia@gmail.com
Tocancipá - Cundinamarca

Scanned by CamScanner

INGENIERIA SAICOF SAS

ISO 9001:2015
ISO 45001:2018
BUREAU VERITAS Certification No. C021.00199 / C021.00200

CERTIFICADO DE MANTENIMIENTO Y RECARGA DE EXTINTORES

S-F-15 | 10/02/2017 | VERSIÓN 03 | PAGINA 1 DE 1

Firmo dejando constancia que el Funcionario de INGENIERÍA SAICOF S.A.S. al momento de realizar la entrega de mi(s) equipo(s) de contraincendios me brindó la información necesaria sobre el estado de mi(s) equipo (os) contraincendios y observaciones como: uso adecuado en caso de emergencia, cuidados en el almacenamiento, revisiones periódicas, elementos reemplazados durante el mantenimiento y recomendaciones para futuros mantenimientos. Algunos de los elementos pueden requerir cambio evidenciados al momento del mantenimiento.

Nº 6702

PLACA	RECARGA	DESCRIPCION AGENTE	DESCRIPCION CAPACIDAD	ESTADO B: Bueno - M: Malo RECIBIDO POR INGENIERÍA SAICOF S.A.S. VÁLVULA	MANOMETRO	MANG	ABRAZ	CILINDRO	F. FABRIC / P.H.	ESTADO N: Nuevo - M: Mantenimiento. ENTREGADO POR INGENIERÍA SAICOF S.A.S. PESO	VÁLVULA	MANMT	MANG	ABRAZ	CILINDRO	F. FABRIC / P.H.
	24235	A,B,C	20 lbs	B	B	B	B	B	FF B-2023 PH	11.10	N	N	N	N		FF PH
	24236	A,B,C	20 lbs	B	B	B	B	B	FF 9-2023 PH	11.10	N	N	N	N		FF PH
	24237	A,B,C	20 lbs	B	B	B	B	B	FF 9-2023 PH	11.6	N	N	N	N		FF PH
	24238	Agua	2.5 gls	B	B	B	B	B	FF 9-2023 PH	10.0	N	N	N	N		FF PH
	24239	Agua	2.5 gls	B	B	B	B	B	FF 9-2023 PH	10.10	N	N	N	N		FF PH
	24240	CO_2	5 lbs	B	B	B	B	B	FF 7-2023 PH	7.40	N	N	N	N		FF PH
	24241	CO_2	5 lbs	B	B	B	B	B	FF 7-2023 PH	7.50	N	N	N	N		FF PH
	24242	CO_2	5 lbs	B	B	B	B	B	FF 7-2023 PH	7.45	N	N	N	N		FF PH
	24243	CO_2	5 lbs	B	B	B	B	B	FF 7-2023 PH	7.40	N	N	N	N		FF PH
				B	B	B	B	B	FF PH		N	N	N	N		FF PH
				B	B	B	B	B	FF PH		N	N	N	N		FF PH
				B	B	B	B	B	FF PH		N	N	N	N		FF PH

ENTE: [illegible]
"Olla Azul"
CC: 822002732-5
ONO: 3173726710

OBSERVACIONES:

ENTREGADO POR: X Karen Ortiz
RECIBIDO POR: Jose Perez
FECHA: DS 11 A1

OBSERVACIONES:

ENTREGADO POR: Jose Perez
RECIBIDO POR: X Karen Ortiz
FECHA: D1 M A2

SECRETARIA DE SALUD DE VILLAVICENCIO
ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

CIUDAD: V/CIO | FECHA: 30/08/2024 | ACTA Nº 4235

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] | Establecimientos de Espectáculo Público [ ] | Establecimientos de Diversión Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud de Villavicencio

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Fundacion Para el Progreso de la Orinoquia

*CÉDULA / NIT: 822002132-5

*NOMBRE COMERCIAL: Fundepro Sede Tpe

*DIRECCIÓN: Cra 24 37C 04-24 | MATRICULA MERCANTIL: 444705

*DEPARTAMENTO: Meta | *MUNICIPIO: V/CIO

Barrio: Villaculta | Vereda: | Comuna: | Localidad:

Sector: | Corregimiento: | Caserio: | UPZ:

Otro: [ ] | Cuál:

TELÉFONOS: 3105555502 | CORREO ELECTRONICO: — — —

CORREO ELECTRÓNICO: fundepro@6mail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Martha Mejia de Romero

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 21232354

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Martha Mejia de Romero

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] | *Número de documento: 21232354

CORREO ELECTRÓNICO:

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cra 24 37C 04-24

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [X] NO [ ]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA:

*DEPARTAMENTO: Meta | *MUNICIPIO: V/CIO

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 7am - 5pm L-S | Nº DE TRABAJADORES: 10

Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: 10

Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 10

CÓDIGO CIIU: SI [X] NO [ ] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: 9499

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes / año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
Nº ACTA DE ULTIMA VISITA	Ninguna		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	

OTRO [ ] Especifique

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar

Powered by CamScanner

Critico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a avaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC **(para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)**

Nota:

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)	X		Sura
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			N/A
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			N/A
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.	X		Asotecma-la.

I. CONDICIONES LOCATIVAS,SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores,mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	4	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas especificas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamamanos y estan revestidas de matenal antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	4	2	0		
1.7	La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		30%				La calificación del bloque corresponde al __30_____ % del total del acta

2.CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	6	3	0		Diseñar Programa
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		17%				La calificación del bloque corresponde al ___20___% del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		No Poseen Tanque de almacenamiento.
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes) (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		No Poseen Tanque.
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		

Powered by CamScanner

3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	(2)	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado	(2)	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	(3)	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	(1)	0		implementar Res 2184 del 2019.
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	(2)	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			25%			La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta
	4 CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO					
	ASPECTO A VERIFICAR	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	(4)	2	0		
4.3	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 de 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	(3)	1.5	0		
4.4	El establecimiento tiene alarma de emergencia (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	(2)	1	0		
4.5	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos (Art 48 Resolución 14861 de 1985)	(3)	1.5	0		
4.6	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	(5)	2.5	0		
4.7	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20%			La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS (Propuesta)

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
92%	FAVORABLE		95%-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	X	50%-94%	
	DESFAVORABLE		< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

2.2 - 3.1.4 - 3.1.5 - 3.3.3

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Diseñar plan de Saneamiento de acuerdo a la actividad económica desarrollada, actualizar código de colores Res 2184 del 2019.

Por parte de Establecimiento:

Powered by CamScanner

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO__

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajos o servicios
- [ ] Suspensión total de trabajos o servicios
- [ ] Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
- [ ] Vacunación personas o animales
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- [ ] Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	60 días
FECHA INICIO PLAZO	2 Sep 2024
FECHA LIMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 30 del mes de Agosto del año 2024 en la Ciudad de Ocaña.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: William Sebastián Cañas	NOMBRE:
CÉDULA: 1121921231	CÉDULA:
CARGO: TEC Operativo	CARGO:
INSTITUCIÓN: SLS Ocaña	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Diana Zaida Zarate M.	NOMBRE:
CÉDULA: 1102327677 VCO	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: FUNDEPRO	INSTITUCIÓN:
CARGO: COORDINADORA.	CARGO:

Powered by CamScanner

Villavicencio, enero 31 de 2025

Anexo 1.6.4.4

CERTIFICACIÓN

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Meta

ASUNTO: Certificado del contrato **N°5000-666-2024** – Servicio "Apoyo Psicológico Especializado".

Yo, MARTHA MEJIA DE ROMERO, identificada con cédula de ciudadanía No. 21.232.354de Villavicencio, actuando como Representante de la Fundación Para El Progreso De La Orinoquia "FUNDEPRO" con identificación tributaria N°822.002.132-5, certifico que al suscribir el contrato N°5000-666-2024 Servicio "Apoyo Psicológico Especializado":

En el periodo comprendido del 01 al 31 de enero de 2025, en el Servicio complementario de Apoyo Psicológico Especializado, De parte del ICBF, de acuerdo al Servicio no se requirió de combustible, por lo tanto, no se adoptaron las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los treinta y un (31) días del mes de enero de Dos mil veinticinco (2025), con destino al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.

En constancia firma:

MARTHA MEJIA DE ROMERO
cc 21.232.354
Representante Legal
FUNDEPRO