Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Cecilia de la Fuente Lleras

Subdirección General

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

1. Información General:
   Año/Mes/Día. 2025/11/22 Nombre de Municipio: Uribia
   Nombre de Centro Zonal: CZ Uribia
2. Nombre de la Comunidad: Atachonkat
3. Código Cuéntame de la Comunidad:
4. Nombre del Corregimiento: Cabo de la Vela
5. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X (Marcar con x)
- Autoridad ancestral _____ (Marcar con x)
- En caso de ser Autoridad Ancestral manifieste su E'irruku:
- Es la misma autoridad que se verificó en la vigencia anterior: SI X NO____
- En caso de responder NO explique la razón

6. El proceso de verificación corresponde a: (Marcar con x)

- Continuidad X
- Nueva contratación

7. ¿Nombre de la UE que venía implementando la Guía de Atención Integral en su Territorio Ancestrales Wayuu?, (Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación) AAt Kouttirrashi wayuu de media Guna
8. ¿Como autoridad está de acuerdo que la (Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación) AAt Kouttirrashi wayuu de media Guna Continúe implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí X (pase a la pregunta 11)
- No____

9. Si no está de acuerdo con que la (Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación) continúe implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad, por favor sugiera una UE para dar continuidad a la atención
10. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad
- Nueva

11. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación David Uriana
12. Número de Cédula de la Autoridad: 1793500
13. Número de celular: 3215553570
14. Firma:
15. Huella de la autoridad:

16. La autoridad verificada aporta:
- Acta de Posesión: X
- Fotocopia de la cedula: X
- Acta de Asamblea: X
- Video de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el Pueblo Wayuu:_____

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

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

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:_____
20. Número de cédula del delegado por autoridad:_____
21. Número de celular del delegado por la autoridad:_____

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

23. Huella del delegado por parte de la autoridad:_____
24. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Evelyn Anaya
25. Número de cédula de la persona que realiza la verificación: 1143179887
26. Número de celular de la persona que realiza la verificación: 3045363865
27. Firma de la persona que realizó la verificación: _____
28. Observaciones: *(registre en este apartado si la [illegible] es nueva teniendo en cuenta el nombre según aparece en el acta de posesión de la autoridad)*

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

	REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA ALCALDIA DE URIBIA NIT. 892.115.155-4 CAPITAL INDIGENA DE COLOMBIA	
	CODIGO: 800-19.19.11 / VERSION: 2013	
	ACTAS DE POSESION / OFICINA ASUNTOS INDIGENAS	

RESGUARDO DE LA ALTA Y MEDIA GUAJIRA

DILIGENCIA DE POSESIÓN N ° 00407 DE 2024

EN URIBIA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, REPUBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA **23-MAYO-2024** SE PRESENTO ANTE EL **SECRETARIO DE ASUNTOS INDÍGENAS** EL (LA) SEÑOR (A), **DAVID URIANA,** IDENTIFICADO (A), CEDULA DE CIUDADANÍA No **17.935.500** EXPEDIDA EN URIBIA – LA GUAJIRA, COMO AUTORIDAD TRADICIONAL DE LA COMUNIDAD DE **ATACHONKAT** DE **SECTOR** DE **CABO DE LA VELA,** CORREGIMIENTO DE **CABO DE LA VELA.**

RECONOCIDO EN LA ASAMBLEA GENERAL DE FECHA **25-MARZO-2008** Y APORTANDO EL CENSO DE LA COMUNIDAD QUE REPRESENTA.
Esta posesión se tramita amparada en el decreto municipal N. ° 010 del 12 enero de 2012 "por el cual se delega a la **Secretaria De Asuntos Indígenas La Facultad De Posesionar a las Autoridades Tradicionales, Gobernadores De Cabildo Del Resguardo De La Alta y Media Guajira, Municipio De Uribia"** .es importante aclarar que para modificar esta posesión se deben de surtir los usos y costumbre del pueblo wayuu.

SE DEJA CONSTANCIA, QUE EL POSESIONADO APORTO COPIAS DE LOS DOCUMENTOS PERTINENTES, ADEMÁS, PRESTO JURAMENTO ORDENADO POR EL INCISO **2°** DEL ARTICULO **122** DE LA CONSTITUCIÓN NACIONAL PARA CUMPLIR CON LOS DEBERES PROPIO DEL CARGO.

OBSERVACION: [X] **ACTUALIZACIÓN** **POSESIÓN** [ ]

PERTENECIENTE A LA ASOCIACIÓN:

Observación:

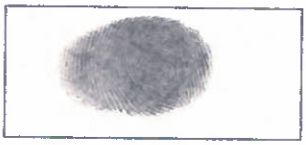
EL SECRETARIO: _____



EL POSESIONADO(A): _____



SECRETARIA: Rosana Sabino U





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.935.500

URIANA

APELLIDOS

DAVID

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1962

CARRIZAL
URIBIA (LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

11 FEB-1981 URIBIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-4801500-00295350 M 00 [illegible] 0226136A 2 500.1[illegible]8