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: pasiia palamana
3. Código Cuéntame de la Comunidad:
4. Nombre del Corregimiento: Cardon
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 indigena, UT o fundación) Asociación de Autoridades Tradicionales Kouttirashi Wuaya de Media Luna.
8. ¿Como autoridad está de acuerdo que la (Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indigena, UT o fundación) Asociación de Autoridades Tradicionales Kouttirashi Wuaya de Media Luna. 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 indigena, 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 Enrique Epinayu Jayu
12. Número de Cédula de la Autoridad: 84063210
13. Número de celular: 3175919656
14. Firma:
15. Huella de la autoridad:

16. La autoridad verificada aporta:
- Acta de Posesión: X
- Fotocopia de la cedula: X
- Acta de Asamblea: _____
- 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: X

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

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

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:_____
20. 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 Angel
25. Número de cédula de la persona que realiza la verificación: 1143459887
26. Número de celular de la persona que realiza la verificación: 3209536 8867
27. Firma de la persona que realizó la verificación: _____
28. Observaciones:

(registre en este apartado si la comunidad se tuvo 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 continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 84.063.210
EPINAYU JUSAYU

APELLIDOS
ENRIQUE

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1930
URIBIA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
O+ G. S. RH
M SEXO

20-JUN-1994 URIBIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4801600-00305003-M-0084063210-20110531 0027108539A 1 8001254108

CÓDIGO: 100-06-06-01	SERIE: 2013
VERSIÓN: ACTAS DE POSESIONES	SECRETARIA DE ASUNTOS INDIGENAS

SECRETARÍA DE ASUNTOS INDÍGENA
NIT. 892.115.155-4

RESGUARDO DE LA ALTA Y MEDIA GUAJIRA

DILIGENCIA DE POSESIÓN N ° 00099 DE 2025

EN URIBIA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, REPUBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA **13-FEBRERO-2025** SE PRESENTO ANTE EL **SECRETARIO DE ASUNTOS INDÍGENAS** EL (LA) SEÑOR (A), **ENRIQUE EPINAYU JUSAYU,** IDENTIFICADO (A), CEDULA DE CIUDADANÍA No **84.063.210** EXPEDIDA EN URIBIA – LA GUAJIRA, COMO AUTORIDAD TRADICIONAL DE LA COMUIDAD DE **PASIRRA – PALAMANA** DEL **SECTOR** DE **CARDON** CORREGIMIENTO DE **CARDON.**

RECONOCIDO EN LA ASAMBLEA GENERAL DE FECHA **07-FEBRERO-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: _____

