ANEXO VERIFICACIÓN DOCUMENTAL

SERVICIO DE APOYO

PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO FEBRERO 2026

CONTRATO No. 47006662025

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RESPONSABILIDAD DE TODAS LAS ACTIVIDADES DEL CONTRATO

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.083.041.473 de** la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista Fundación **Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me hago responsable de todas las actividades del contrato 47006662025 para el Servicio de Apoyo Psicológico Especializado.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

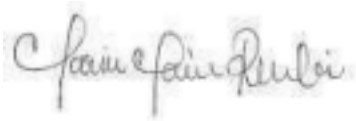
CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

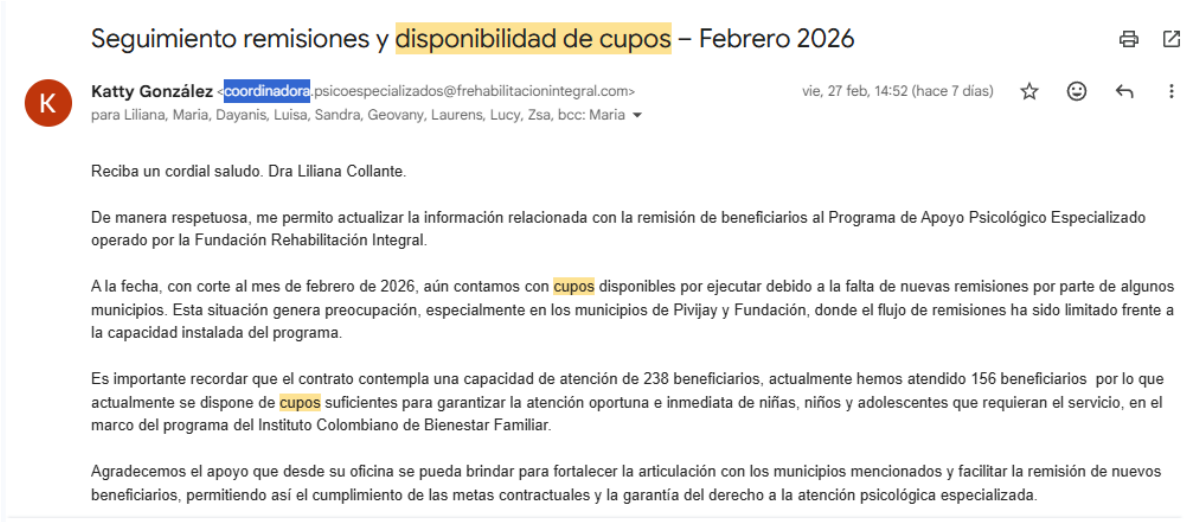
Yo, María Mónica Rubio Zamora, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que la Fundación Rehabilitación Integral, cumple con el objeto del contrato y con todos los documentos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad, anexo 1 del Manual operativo de modalidades y servicio para la atención de niños, niñas y adolescentes en PARD y demás documentos aplicables al Servicio Apoyo Psicológico Especializado del contrato 47006662025.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Solicitud de remisiones o asignaciones de Cupos



Seguimiento remisiones y disponibilidad de cupos – Febrero 2026

Katty González <coordinadora.psicoespecializados@frehabilitacionintegral.com> vie, 27 feb, 14:52 (hace 7 días)
para Liliana, Maria, Dayanis, Luisa, Sandra, Geovany, Laurens, Lucy, Zsa, bcc: Maria

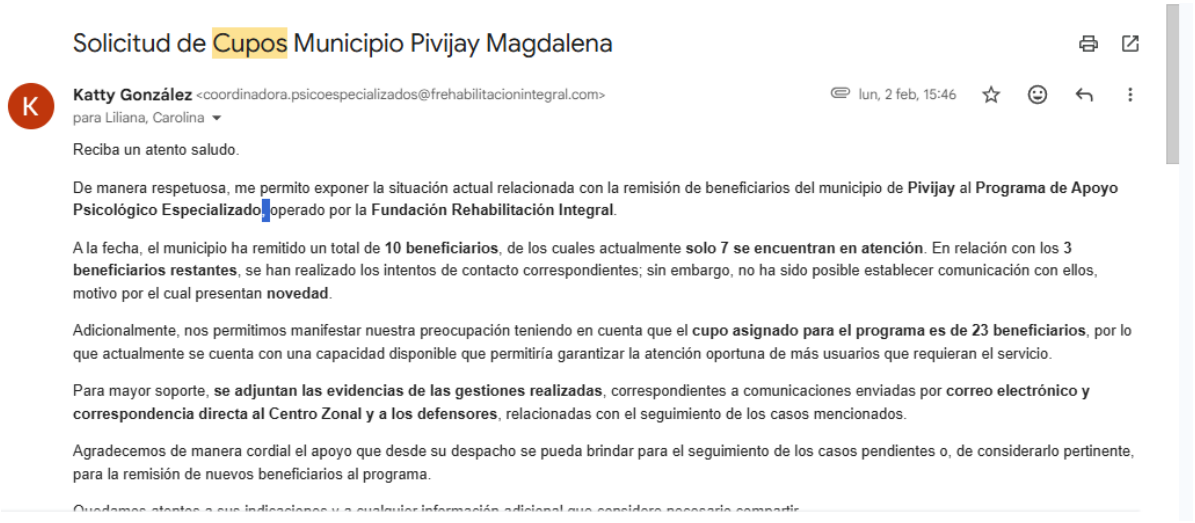
Reciba un cordial saludo. Dra Liliana Collante.

De manera respetuosa, me permito actualizar la información relacionada con la remisión de beneficiarios al Programa de Apoyo Psicológico Especializado operado por la Fundación Rehabilitación Integral.

A la fecha, con corte al mes de febrero de 2026, aún contamos con cupos disponibles por ejecutar debido a la falta de nuevas remisiones por parte de algunos municipios. Esta situación genera preocupación, especialmente en los municipios de Pivijay y Fundación, donde el flujo de remisiones ha sido limitado frente a la capacidad instalada del programa.

Es importante recordar que el contrato contempla una capacidad de atención de 238 beneficiarios, actualmente hemos atendido 156 beneficiarios por lo que actualmente se dispone de cupos suficientes para garantizar la atención oportuna e inmediata de niñas, niños y adolescentes que requieran el servicio, en el marco del programa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Agradecemos el apoyo que desde su oficina se pueda brindar para fortalecer la articulación con los municipios mencionados y facilitar la remisión de nuevos beneficiarios, permitiendo así el cumplimiento de las metas contractuales y la garantía del derecho a la atención psicológica especializada.



Solicitud de Cupos Municipio Pivijay Magdalena

Katty González <coordinadora.psicoespecializados@frehabilitacionintegral.com> lun, 2 feb, 15:46
para Liliana, Carolina

Reciba un atento saludo.

De manera respetuosa, me permito exponer la situación actual relacionada con la remisión de beneficiarios del municipio de **Pivijay** al **Programa de Apoyo Psicológico Especializado** operado por la **Fundación Rehabilitación Integral**.

A la fecha, el municipio ha remitido un total de **10 beneficiarios**, de los cuales actualmente **solo 7 se encuentran en atención**. En relación con los 3 **beneficiarios restantes**, se han realizado los intentos de contacto correspondientes; sin embargo, no ha sido posible establecer comunicación con ellos, motivo por el cual presentan **novedad**.

Adicionalmente, nos permitimos manifestar nuestra preocupación teniendo en cuenta que el **cupo asignado para el programa es de 23 beneficiarios**, por lo que actualmente se cuenta con una capacidad disponible que permitiría garantizar la atención oportuna de más usuarios que requieran el servicio.

Para mayor soporte, **se adjuntan las evidencias de las gestiones realizadas**, correspondientes a comunicaciones enviadas por **correo electrónico y correspondencia directa al Centro Zonal y a los defensores**, relacionadas con el seguimiento de los casos mencionados.

Agradecemos de manera cordial el apoyo que desde su despacho se pueda brindar para el seguimiento de los casos pendientes o, de considerarlo pertinente, para la remisión de nuevos beneficiarios al programa.

Quedamos atentos a sus indicaciones y a cualquier información adicional que considere necesario compartir.

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE DISPOSICIÓN DE LOS MEDIOS NECESARIOS PARA EL MANTENIMIENTO, CUIDADO Y CUSTODIA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL CONTRATO

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo**, María Mónica Rubio Zamora**, identificado con cédula de ciudadanía **No. 1.083.041.473** de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista Fundación **Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que la fundación dispone de un sistema integral de gestión documental que garantiza el mantenimiento, cuidado y custodia de toda la documentación relacionada con el contrato **47006662025** para el Servicio de Apoyo Psicológico Especializado.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN CONTRACTUAL

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, María Mónica Rubio Zamora, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad realiza buenas prácticas en la gestión contractual del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado que se tiene a la fecha con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF cumpliendo con lo establecido en el contrato **47006662025** y la ley.

Atentamente:



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE COMPROMISO DE DAR A CONOCER CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA O TIPIFIQUE CORRUPCIÓN DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, María Mónica Rubio Zamora, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900- 085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me comprometo a dar a conocer ante la entidad y organismos competentes los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento contrato **47006662025** del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado que se tiene a la fecha con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.

Atentamente:



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE NO RECIBIR O SOLICITAR DÁDIVAS POR PARTE DE LA FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista **Fundación Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que no he Recibido o solicitado cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de los procesos para el cumplimiento del contrato **47006662025** del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado actualmente en desarrollo.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE BUEN TRATO EN EL MARCO DE LA DIRECTIVA PRESIDENCIAL 001 DE 2023; POR PARTE DE LA FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista **Fundación Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad asume el buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejando constancia de este compromiso para brindar un trato respetuoso buscando generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y me comprometo a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen durante la ejecución de las actividades del contrato **47006662025** del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado actualmente en desarrollo.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

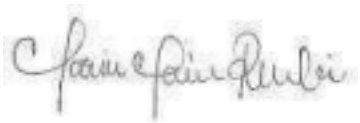
CERTIFICADO DE ACCIONES POR PARTE DE LA FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA LA PARTICIPACIÓN DE PADRES DE FAMILIA Y RED VINCULAR PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista **Fundación Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad promueve acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo del contrato **47006662025** para el Servicio de Apoyo Psicológico Especializado.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE CORRESPONDAN A LA NATURALEZA DEL CONTRATO

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista **Fundación Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085- 882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me hago responsable del cumplimiento de todas las demás obligaciones que correspondan a la naturaleza del contrato **47006662025** para el Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo, expuesta en la obligación General número 15.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

OBLIGACIONES ESPECIALES COMPONENTE TÉCNICO

CONVENIO 47006662025
SUSCRITO ENTRE ICBF Y LA FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO

RELACION CUPOS SERVICIO APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO CONTRATO 47006662025- 30/12/2025
Febrero 2026

Centro Zonal	Cupos Contratados	cupos ejecutados completos	intervenciones ejecutados parcial	cupo no ejecutado
Psicólogo 1 Ciénaga-Eliza vasque	36	25	0	11
Psicólogo 2 Ciénaga- Maria Emma Marquez Paz	36	22	0	14
Psicólogo 3 Ciénaga YARITZA PEREIRA	36	25	0	11
Total Centro Zonal Ciénaga	**108**	**72**	**0**	**36**
Psicólogo 1 Fundación-Maria GAMEZ GAMEZ	23	10	0	13
Psicólogo 2 Fundación- ROSA TAPIAS	23	10	0	13
Total Centro Zonal Del Fundación	**46**	**20**	**0**	**26**
Psicólogo 1 Del Rio- KELLIS DEL CARMEN SOLANO PERALTA	23	12	0	11
Total Centro Zonal Del Rio	**23**	**12**	**0**	**11**
Psicólogo 1 Plato-YANINA ALEJANDRA TORRES BAYONA	29	14	0	15
Total Centro Zonal Plato	**29**	**14**	**0**	**15**
Psicólogo 1 Banco- FRANCYS MARGARITA RANGEL CHÁVEZ	32	18	1	13
Total Centro Zonal Banco	**32**	**18**	**1**	**13**
Total	**238**	**136**	**1**	**101**
		238		

Certificado Cupos

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

Convenio No. 47006662025
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado

BIENESTAR FAMILIAR

Santa Marta, 27 de febrero del 2026

CERTIFICADO DE CUPOS

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.083.041.473** de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista **Fundación Rehabilitación Integral**, identificada con NIT No. **900-085-882-9**, certifico que, durante el mes de **Febrero del 2026**, en el servicio apoyo psicológico especializado, se dio cumplimiento a los cupos contratados de la siguiente manera:

RELACION CUPOS SERVICIO APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO CONTRATO 47006662025- 30/12/2025 Febrero 2026				
Centro Zonal	**Cupos Contratados**	**cupos ejecutados completos**	**intervenciones ejecutados parcial**	**cupo no ejecutado**
Psicólogo 1 Ciénaga-Eliza vasque	36	25	0	11
Psicólogo 2 Ciénaga-Maria Emma Marquez Paz	36	22	0	14
Psicólogo 3 Ciénaga YARITZA PEREIRA	36	25	0	11
Total Centro Zonal Ciénaga	**108**	**72**	**0**	**36**
Psicólogo 1 Fundación-Maria GAMEZ GAMEZ	23	10	0	13
Psicólogo 2 Fundación-ROSA TAPIAS	23	10	0	13
Total Centro Zonal Del Fundación	**46**	**20**	**0**	**26**
Psicólogo 1 Del Rio-KELLIS DEL CARMEN SOLANO PERALTA	23	12	0	11
Total Centro Zonal Del Rio	**23**	**12**	**0**	**11**
Psicólogo 1 Plato-YANINA ALEJANDRA TORRES BAYONA	29	14	0	15
Total Centro Zonal Plato	**29**	**14**	**0**	**15**
Psicólogo 1 Banco-FRANCYS MARGARITA RANGEL CHÁVEZ	32	18	1	13
Total Centro Zonal Banco	**32**	**18**	**1**	**13**
Total	**238**	**136**	**1**	**101**
		238		

Atentamente,

María Mónica Rubio Zamora
C.C. **1.083.041.473**
Representante Legal
Fundación Rehabilitación Integral

IMPLEMENTACION DE LA PIYC

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

Formato T3

	FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL NIT. 900085882-9	Elaboró: Administración Aprobó: Calidad. Revisó: Junta Directiva. Código: Versión: 1 Fecha: Julio 2022

SANTA MARTA, 28 DE FEBRERO DEL 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APERTURA DE ANEXO DENOMINADO HISTORIA DE ATENCION

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo Elisa Margarita Velásquez Becerra, identificado con cédula de ciudadanía No. de la ciudad de 26717964 en mi calidad de Psicóloga de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me hago responsable de la apertura de 6 Historias de Atención, en el mes julio dentro de la ejecución del contrato 47006662025 del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo.

Atentamente,

Nombre: Elisa Velásquez Becerra
CC: 26717964
T.P. 234372

	FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL **NIT. 900085882-9**	Elaboró: Administración Aprobó: Calidad. Revisó: Junta Directiva. Código: Versión: 2 Fecha: Julio 2022

SANTA MARTA, 28 DE FEBRERO DEL 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APERTURA DE ANEXO DENOMINADO HISTORIA DE ATENCIÓN

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo María Emma Márquez PAZ, identificada con cédula de ciudadanía No. de la ciudad de 1221963773 en mi calidad de Psicóloga de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me hago responsable de la apertura de tres Historias de Atención, en el mes enero dentro de la ejecución del contrato 47006662025 del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo.

Atentamente,

María Emma Márquez Paz

Nombre:
CC: 1221963773
T.P. 180841

	FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL NIT. 900085882-9	Elaboró: Administración Aprobó: Calidad. Revisó: Junta Directiva. Código: Versión: 1 Fecha: Julio 2021

SANTA MARTA, 28 DE FEBRERO DEL 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APERTURA DE ANEXO DENOMINADO HISTORIA DE ATENCION

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo Yaritza Isabel Pereira Parra, identificado con cédula de ciudadanía No. de la ciudad de 1221969886 en mi calidad de Psicóloga de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me hago responsable de la apertura de 7 Historias de Atención, en el mes febrero dentro de la ejecución del contrato 47006662025 del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo.

Atentamente,

YARITZA PEREIRA P.

Nombre: Yaritza Isabel Pereira Parra
CC: 1221969886
T.P. 240200

	FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL NIT. 900085882-9	Elaboró: Administración Aprobó: Calidad. Revisó: Junta Directiva. Código: Versión: 2 Fecha: Julio 2022

SANTA MARTA, 27 FEBRERO DEL 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APERTURA DE ANEXO DENOMINADO HISTORIA DE ATENCIÓN

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo ROSA ANGELINA TAPIAS ACOSTA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1081911107de la ciudad de Plato-Magdalena en mi calidad de Psicóloga de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me hago responsable de la apertura de 3 Historias de Atención, en el mes Febrero dentro de la ejecución del contrato **47006662025** del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo.

Atentamente,

Nombre: ROSA ANGELINA TAPIAS ACOSTA
CC: 1081911107
T.P. 291609

	FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL NIT. 900085882-9	Elaboró: Administración Aprobó: Calidad. Revisó: Junta Directiva. Código: Versión: 2 Fecha: Julio 2021

SANTA MARTA, 27 febrero del 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APERTURA DE ANEXO DENOMINADO HISTORIA DE ATENCIÓN

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo MARIA ALEJANDRA GAMEZ GAMEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1081916727 de la ciudad de Plato-Magdalena en mi calidad de Psicóloga de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me hago responsable de la apertura de 1 Historias de Atención, en el mes **FEBRERO** dentro de la ejecución del contrato **47006662025** del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo.

Atentamente,

MARIA ALEJANDRA GAMEZ GAMEZ

Nombre: María Alejandra Gámez
CC: 1081916727
T.P. 203668
Esp. Desarrollo Integral de la Infancia y la Adolescencia

	FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL **NIT. 900085882-9**	Elaboró: Administración Aprobó: Calidad. Revisó: Junta Directiva Código: Versión: 2 Fecha: Julio 2022

Pivijay, 27 de febrero de 2026.

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APERTURA DE ANEXO DENOMINADO HISTORIA DE ATENCIÓN

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo KELLIS DEL CARMEN SOLANO PERALTA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1134331340 de la ciudad de Santa Marta-Magdalena en mi calidad de Psicóloga de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me hago responsable de la apertura de 7 Historias de Atención, en el mes febrero dentro de la ejecución del contrato 47006662025 del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo.

Atentamente,

Nombre: KELLIS DEL CARMEN SOLANO PERALTA
CC: 1081916727
T.P. 232855
Esp. Psicologia Clinica y Desarrollo Infantil.

	FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL NIT. 900085882-9	Elaboró: Administración Aprobó: Calidad. Revisó: Junta Directiva. Código: Versión: 2 Fecha: Julio 2022

SANTA MARTA, 27 DE FEBRERO DE 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APERTURA DE ANEXO DENOMINADO HISTORIA DE ATENCION

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo **Yanina Alejandra Torres Bayona**, identificado con cédula de ciudadania No. **1082851012** de la ciudad de **Santa Marta, Magdalena** en mi calidad de Psicóloga de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me hago responsable de la apertura de **9** Historias de Atención, en el mes de **FEBRERO** dentro de la ejecución del contrato 47006662025 del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo.

Atentamente,



Nombre: Yanina Alejandra Torres Bayona
CC: 1082851012
T.P. 139692

	FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL **NIT. 900085882-9**	Elaboró: Administración Aprobó: Calidad. Revisó: Junta Directiva. Código: Versión: 2 Fecha: Julio 2022

EL BANCO, MAGDALENA 27 DE FEBRERO DEL 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APERTURA DE ANEXO DENOMINADO HISTORIA DE ATENCION

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo **Francys Margarita Rangel Chávez**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1143367320** de la ciudad de **Cartagena, Bolívar** en mi calidad de Psicóloga de la Entidad contratista Fundación Rehabilitación Integral identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me hago responsable de la apertura de **7** Historias de Atención, en el mes de FEBRERO dentro de la ejecución del contrato 47006662025 del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo.

Atentamente,

Francys M. Rangel Chavez

_____
Nombre: Francys Margarita Rangel Chávez
CC: 1143367320
T.P. 161380

Evidencias Socialización del servicio
Ciénaga





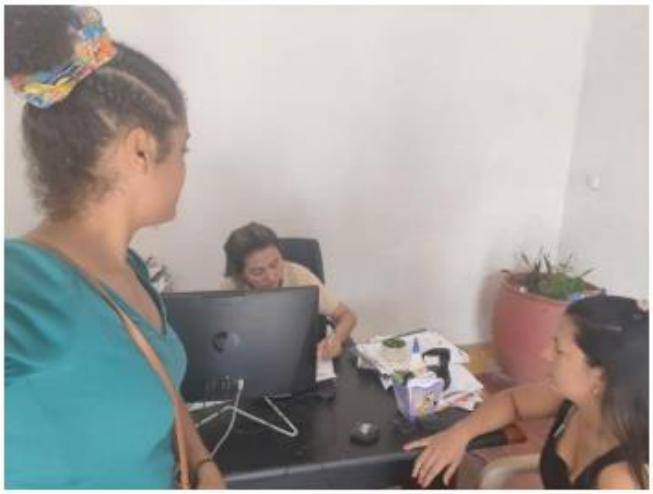


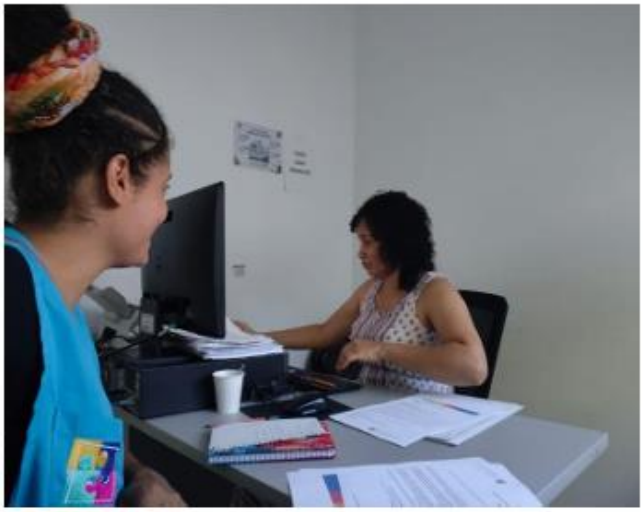


Fundación



Pivijay



Plato

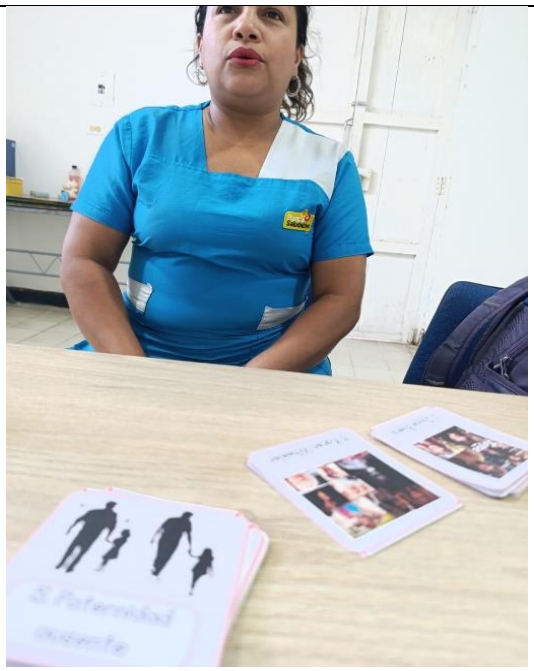


Banco

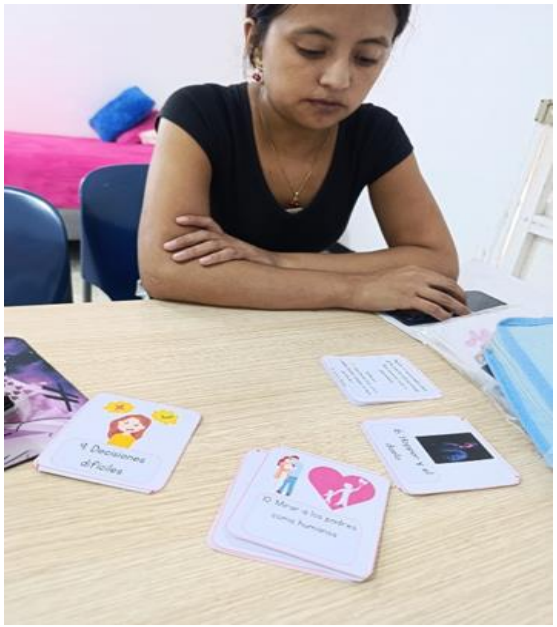


Evidencias Fotográficas Participación de la Red de Apoyo









Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PARA QUE LA FAMILIA O RED VINCULAR DE APOYO SE ADHIERA Y PARTICIPE EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

SEÑORES
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL MAGDALENA

Yo María Mónica Rubio Zamora, identificada con cedula de ciudadanía No 1083041473 de Santa Marta, en calidad de Representante Legal de la entidad contratista FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL identificada con NIT 900085882-9, manifiesto bajo la gravedad de juramento que me hago responsable de velar porque realicen acciones que le permitan a la red vincular de apoyo se adhiera y participe en el proceso de atención de los beneficiarios atendidos durante el contrato **47006662025.**

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICO QUE: LA FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL ASEGURA QUE LOS NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES, NO TENGAN ACCESO A MATERIALES QUE SIGNIFIQUEN UN RIESGO ANTIJURIDICO

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

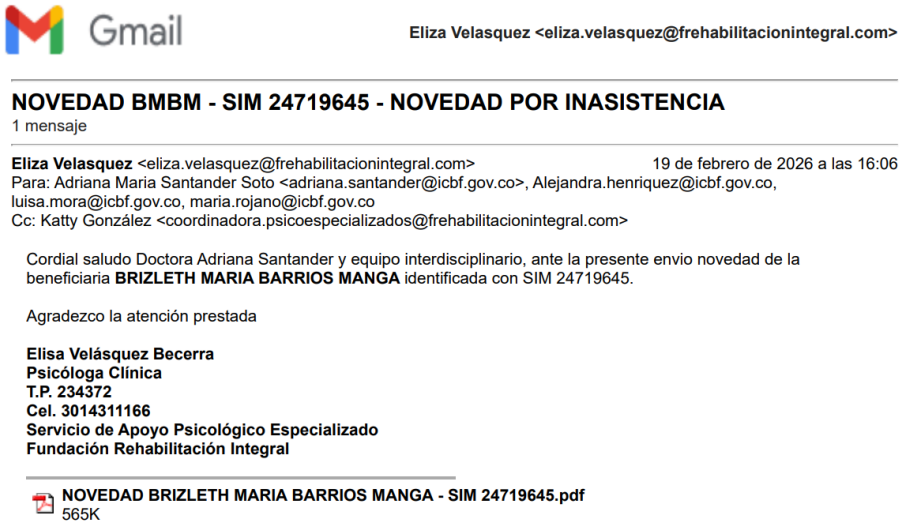
Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.083.041.473 de** la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista Fundación **Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que la Fundación cuenta con mecanismos de control para asegurar que, los niños, niñas o adolescentes, no tienen acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego, sustancias psicoactivas y cualquier otro material que signifique un riesgo o con lo que se pueda atentar con su integridad personal o la de los demás dentro del servicio de Apoyo Psicológico Especializado.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Capturas de Pantallas de envió de Novedades y articulaciones.



Gmail — Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com>

NOVEDAD BMBM - SIM 24719645 - NOVEDAD POR INASISTENCIA
1 mensaje

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 19 de febrero de 2026 a las 16:06
Para: Adriana Maria Santander Soto <adriana.santander@icbf.gov.co>, Alejandra.henriquez@icbf.gov.co, luisa.mora@icbf.gov.co, maria.rojano@icbf.gov.co
Cc: Katty González <coordinadora.psicoespecializados@frehabilitacionintegral.com>

Cordial saludo Doctora Adriana Santander y equipo interdisciplinario, ante la presente envio novedad de la beneficiaria **BRIZLETH MARIA BARRIOS MANGA** identificada con SIM 24719645.

Agradezco la atención prestada

Elisa Velásquez Becerra
Psicóloga Clínica
T.P. 234372
Cel. 3014311166
Servicio de Apoyo Psicológico Especializado
Fundación Rehabilitación Integral

NOVEDAD BRIZLETH MARIA BARRIOS MANGA - SIM 24719645.pdf
565K



Gmail — Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com>

NOVEDAD INASISTENCIA GJVM SIM 24719791
1 mensaje

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 26 de febrero de 2026 a las 9:41
Para: Edwin Fernando Solano Nanez <edwin.solano@icbf.gov.co>, yari.garcia@icbf.gov.co, mileidy.ballarales@icbf.gov.co

Cordial saludo Doctor Edwin Solano y equipo interdisciplinario, ante la presente envío novedad del beneficiario GREYDER DE JESUS VILLAMIL MELENDREZ identificado con SIM 24719791.

Agradezco la atención prestada

Elisa Velásquez Becerra
Psicóloga Clínica
T.P. 234372
Cel. 3014311166
Servicio de Apoyo Psicológico Especializado
Fundación Rehabilitación Integral

NOVEDAD SIM 24719791 - GREYDER DE JESUS VILLAMIL MELENDREZ - INASISTENCIA FEBRERO 2026.pdf
567K

Gmail **Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com>**

NOVEDAD SMBC SIM 1764826484 - AYUDA REMISION PSIQUIATRIA

1 mensaje

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 11 de febrero de 2026 a las 9:07
Para: Adriana Maria Santander Soto <adriana.santander@icbf.gov.co>
Cc: Alejandra.henriquez@icbf.gov.co, luisa.mora@icbf.gov.co, FANNY.TANG@icbf.gov.co

Doctora Adriana Santander y equipo interdisciplinario, ante la presente envio novedad de la beneficiaria SHARICK MARCELA BLANQUILLO CANTILLO SIM 1764826484.

Agradezco la atención prestada

Elisa Velásquez Becerra
Psicóloga Clínica
T.P. 234372
Cel. 3014311166
Servicio de Apoyo Psicológico Especializado
Fundación Rehabilitación Integral

NOVEDAD SHARICK MARCELA BLANQUILLO CANTILLO - SIM 1764826484.pdf
565K

Gmail **Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com>**

Solicitud certificado escolar

1 mensaje

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 24 de febrero de 2026 a las 14:41
Para: ierisabeldelatrinidad@gmail.com

Cordial saludo, ante la presente solicitamos muy respetuosamente certificado escolar de los beneficiarios y beneficiarias relacionados en el documento adjunto que actualmente pertenecen al Servicio de Apoyo Psicológico Especializado de la Fundación Rehabilitación Integral.

Gracias por su atención, colaboración y apoyo

Atte.,

Equipo Servicio de Apoyo Psicológico Especializado

Fundación Rehabilitación Integral

Unidad de Servicio Ciénaga

INSTITUCION EDUCATIVA ISABEL DE LA TRINIDAD.pdf
702K

Gmail **Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com>**

SOLICITUD CERTIFICADO ESCOLAR

2 mensajes

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 18 de febrero de 2026 a las 9:09
Para: inspaufre@hotmail.com
Cc: Katty González <coordinadora.psicoespecializados@frehabilitacionintegral.com>

Cordial saludo, ante la presente solicitamos muy respetuosamente certificado escolar de los beneficiarios y beneficiarias relacionados en el documento adjunto que actualmente pertenecen al Servicio de Apoyo Psicológico Especializado de la Fundación Rehabilitación Integral.

Gracias por su atención, colaboración y apoyo

Atte.,

Equipo Servicio de Apoyo Psicológico Especializado

Fundación Rehabilitación Integral

Unidad de Servicio Ciénaga

INSTITUTO PAULO FREIRE.pdf
702K

Gmail **Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com>**

Solicitud certificado escolar

3 mensajes

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 9 de febrero de 2026 a las 15:17
Para: edgardobovea@hotmail.com
Cc: Katty González <coordinadora.psicoespecializados@frehabilitacionintegral.com>, Maria Emma Marquez <claudia.munoz@frehabilitacionintegral.com>

Cordial saludo, ante la presente solicitamos muy respetuosamente certificado escolar de los beneficiarios y beneficiarias relacionados en el documento adjunto que actualmente pertenecen al Servicio de Apoyo Psicológico Especializado de la Fundación Rehabilitación Integral.

Gracias por su atención, colaboración y apoyo

Atte.,

Equipo Servicio de Apoyo Psicológico Especializado

Fundación Rehabilitación Integral

Unidad de Servicio Ciénaga

Gmail

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com>

Solicitud certificados escolares

2 mensajes

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 9 de febrero de 2026 a las 14:41
Para: cerkennedy01@gmail.com
Cc: Katty González <coordinadora.psicoespecializados@frehabilitacionintegral.com>

Cordial saludo, ante la presente solicitamos muy respetuosamente certificado escolar de los beneficiarios y beneficiarias relacionados en el documento adjunto que actualmente pertenecen al Servicio de Apoyo Psicológico Especializado de la Fundación Rehabilitación Integral.

Gracias por su atención, colaboración y apoyo

Atte.,

Equipo Servicio de Apoyo Psicológico Especializado

Fundación Rehabilitación Integral

Unidad de Servicio Ciénaga

CENTRO EDUCATIVO RURAL DE KENNEDY.pdf
772K

Envió Planes de caso

Gmail **Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com>**

Plan de caso ASGA SIM 24720077
1 mensaje

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 9 de febrero de 2026 a las 11:34
Para: Edwin Fernando Solano Nanez <edwin.solano@icbf.gov.co>, yari.garcia@icbf.gov.co, mileidy.ballarales@icbf.gov.co, FANNY.TANG@icbf.gov.co

Cordial saludo Doctor Edwin Solano y equipo interdisciplinario, ante la presente envio plan de caso de la beneficiaria ANGGIE SOFIA GAMEZ ARAQUE identificada con SIM 24720077.

Agradezco la atención prestada

Elisa Velásquez Becerra
Psicóloga Clínica
T.P. 234372
Cel. 3014311166
Servicio de Apoyo Psicológico Especializado
Fundación Rehabilitación Integral

Plan de caso Anggie Sofia Gamez Araque - SIM 24720077.pdf
363K

Gmail **Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com>**

PLAN DE CASO CIHS SIM 24720165
1 mensaje

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 11 de febrero de 2026 a las 15:43
Para: Edwin Fernando Solano Nanez <edwin.solano@icbf.gov.co>, yari.garcia@icbf.gov.co, mileidy.ballarales@icbf.gov.co, FANNY.TANG@icbf.gov.co

Cordial saludo Doctor Edwin Solano y equipo interdisciplinario, ante la presente envio plan de caso de la beneficiaria CRISTINA ISABEL HERNANDEZ SOLANO identificada con SIM 24720165.

Agradezco la atención prestada

Elisa Velásquez Becerra
Psicóloga Clínica
T.P. 234372
Cel. 3014311166
Servicio de Apoyo Psicológico Especializado
Fundación Rehabilitación Integral

Plan de caso Cristina Hernandez Solano - SIM 24720165.pdf
273K

Gmail **Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com>**

PLAN DE CASO DMHS SIM 24720164

1 mensaje

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 11 de febrero de 2026 a las 15:44
Para: Edwin Fernando Solano Nanez <edwin.solano@icbf.gov.co>, yari.garcia@icbf.gov.co, mileidy.ballarales@icbf.gov.co, FANNY.TANG@icbf.gov.co

Cordial saludo Doctor Edwin Solano y equipo interdisciplinario, ante la presente envio plan de caso de la beneficiaria DIANA MARIA HERNANDEZ SOLANO identificada con SIM 24720164.

Agradezco la atención prestada

Elisa Velásquez Becerra
Psicóloga Clínica
T.P. 234372
Cel. 3014311166
Servicio de Apoyo Psicológico Especializado
Fundación Rehabilitación Integral

Plan de caso Diana Maria Hernandez Solano - SIM 24720164.pdf
275K

Gmail **Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com**

1

PLAN DE CASO EJDAV SIM 24718662

4 mensajes

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 15 de febrero de 2026 a las 13:00
Para: Comifamilia <comifamilia@cienaga-magdalena.gov.co>

Cordial saludo Doctor Alvaro Granados, Comisario de familia del municipio de Ciénaga, y equipo interdisciplinario, ante la presente envio plan de caso del beneficiario **EMMANUEL DE JESUS DE ARMAS VASQUEZ** identificado con SIM **24718662**.

Agradezco la atención prestada

Elisa Velásquez Becerra
Psicóloga Clínica
T.P. 234372
Cel. 3014311166
Servicio de Apoyo Psicológico Especializado
Fundación Rehabilitación Integral

PLAN DE CASO EMMANUEL JESUS DE ARMAS VASQUEZ - SIM 24718662.pdf
130K

COMPONENTE ADMINISTRATIVO

CONVENIO 47006662025
SUSCRITO ENTRE ICBF Y LA FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO

REGIONAL	NO. CONTRATO (completo)	CUPOS CONTRATADOS EN LA VIGENCIA	NOMBRE DEL OPERADOR	MODALIDAD	PERFIL TALENTO HUMANO (según manual operativo)	*OTRO (cuando se haya seleccionado esta opción especificar cual)	TALENTO HUMANO CON CARGO AL RECURSO	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa)	TIEMPO DEDICACION	NUMERO DE CUPOS (asignados al profesional por contrato o modalidad)
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	Psicólogo	Psicólogo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	Elisa Margarita Velázquez Becerra	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	26.717.964	13/11/2025	TIEMPO COMPLETO	36
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	Psicólogo	Psicólogo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	María Emma Márquez Paz	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.221.963.773	13/11/2025	TIEMPO COMPLETO	36
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	Psicólogo	Psicólogo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	Yaritza Pereira Parra	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.221.969.886	13/11/2025	TIEMPO COMPLETO	36
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	Psicólogo	Psicólogo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	María Alejandra Gámez Gámez	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.081.916.727	13/11/2025	TIEMPO COMPLETO	23
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	Psicólogo	Psicologo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	Rosa Angelina Tapias Acosta	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.081.911.107	13/11/2025	TIEMPO COMPLETO	23
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	psicólogo	Psicologo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	Kellis Del Carmen Solano Peralta	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.143.260.401	13/11/2025	TIEMPO COMPLETO	23
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	psicólogo	Psicologo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	Yanina Alejandra Torrez Bayona	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.045.737.622	13/11/2025	TIEMPO COMPLETO	29
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	Psicologo	Psicologo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	Francys Margarita Rangel Chavez	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.082.851.012	13/11/2025	TIEMPO COMPLETO	32
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	Psicólogo	Psicólogo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	Katty Vanessa Gonzálaz Gaviria	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.221.963.655	13/11/2025	TIEMPO COMPLETO	238
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	Administrativo	Auxiliar Administrativo	CON CARGO AL CONTRATO	Carolina sum alabe Guerrero	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	36.665.604	13/11/2025	TIEMPO COMPLETO	238
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	SIGE	Seguridad y salud en el trabajo	CON CARGO AL CONTRATO	Loraine Cecilia Llanos Zamora	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.082.893.462	22/01/2026	TIEMPO COMPLETO	238

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DEL PERFIL IDÓNEO DE TALENTO HUMANO

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.083.041.473 de** la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista Fundación **Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que el talento humano contratado para el SERVICIO APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO que se tiene a la fecha con el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF, cumple con los perfiles y el tiempo requerido para el buen funcionamiento del programa, cumpliendo con lo establecido en el contrato y la ley.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE CONDICIONES LOCATIVAS DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN INSTITUCIONAL

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.083.041.473 de** la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista Fundación **Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad cumple y mantiene, durante toda la ejecución del contrato **47006662025** del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, con adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y DE COMUNICACIÓN EXIGIDOS POR EL ICBF

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

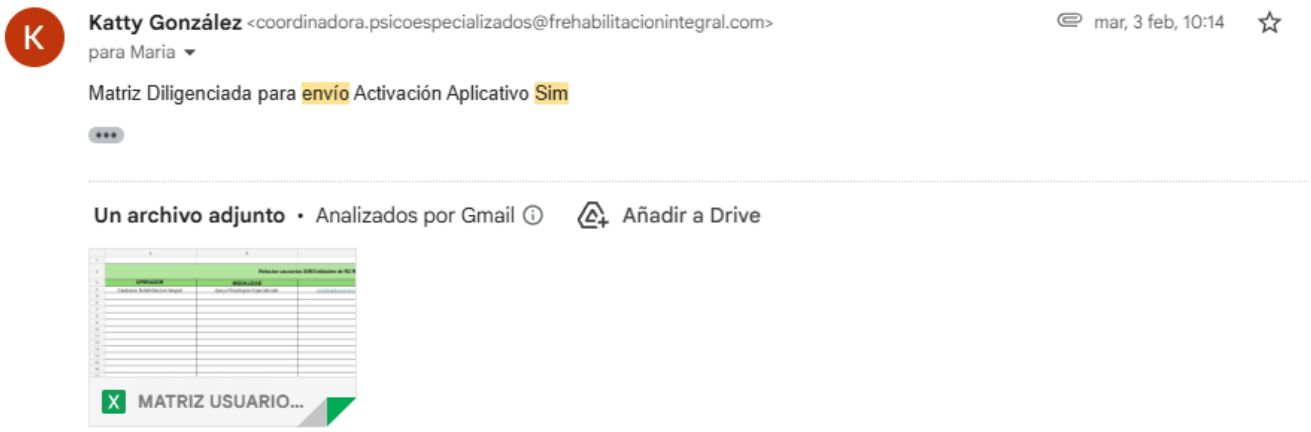
Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.083.041.473 de** la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista Fundación **Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad cumple y mantiene, durante toda la ejecución del contrato 47006152025 del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, con los medios tecnológicos y de comunicaciones necesarios para registrar y transmitir la información de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.

Atentamente,



María Mónica Rubio Zamora
C.C 1.083.041.473
Representante Legal Fundación Rehabilitación Integral

Solicitud Aplicativo SIM



Convenio No. 47006662025
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado

Plan de Acción al Cuidado del Cuidador

INTRODUCCIÓN

La actividad de cuidar puede generar niveles elevados de estrés en las personas cuidadoras, como consecuencia de factores físicos, psicológicos y sociales, entre los que se incluyen la incertidumbre respecto al futuro, la preocupación constante, la falta de preparación, los cambios familiares y la sobrecarga de responsabilidades. Esta situación puede ocasionar el descuido de necesidades personales y una vida centrada exclusivamente en la labor de cuidado.

En el marco del Día Internacional de las Personas Cuidadoras (5 de noviembre), se reconoce públicamente la contribución de quienes asisten a personas en situación de dependencia. Es esencial recordar la importancia del autocuidado para afrontar eficazmente las demandas asociadas a esta función.

Por ello, se presentan a continuación recomendaciones clave de autocuidado psicológico con motivo de la celebración del 5 de noviembre.

PAUTAS Y CONSEJOS PARA RECORDAR

1. **Aceptar la necesidad de ayuda y delegar o pedir apoyo**:

Aceptar que el cuidado puede superarnos y no siempre tenemos el control.

- En estos casos, conviene pedir ayuda a recursos sociales, familiares o voluntarios para obtener descanso. Si faltan conocimientos o fuerzas, es importante delegar responsabilidades y acudir a profesionales cuando sea necesario, tanto para el bienestar de la persona dependiente como para la propia salud mental.
- Identifica síntomas como dolores físicos, tensión, dificultad para respirar, irritabilidad o apatía. Estas señales indican que los cuidados te están afectando y es momento de buscar apoyo.

2. Reconocer y gestionar el estrés:

- Es fundamental que las personas cuidadoras sean conscientes de sus propios niveles de estrés y aprendan a gestionarlo de manera saludable. Practicar actividades relajantes como la respiración profunda, la meditación o paseos al aire libre puede ayudar a reducir la tensión acumulada. Asimismo, reservar tiempo para uno mismo, aunque sean pequeños momentos a lo largo del día, contribuye a mantener el equilibrio emocional y afrontar con mayor serenidad las demandas del cuidado.

3. Reevaluar las necesidades:

- Las necesidades de cuidado cambian con el tiempo; lo que antes funcionaba puede dejar de hacerlo y requerir nuevos apoyos. Es fundamental reconocer estos cambios y pedir ayuda cuando sea necesario. La persona cuidadora debe ser consciente de sus propias necesidades: alimentarse bien, vigilar el sueño, hacer actividad física y mantener relaciones sociales.
- El entorno debe identificar síntomas de estrés en la persona cuidadora y valorar su dedicación para ayudarle a detectar y satisfacer sus necesidades personales.

Favorecer la autonomía y afrontar el estrés en el cuidado de personas mayores:

- Uno de los factores que más puede incrementar el estrés en las personas cuidadoras es la cantidad de ayuda que requiere la persona mayor. La necesidad constante de apoyo puede generar una sensación de sobrecarga, especialmente cuando las demandas superan los recursos personales, emocionales o físicos del cuidador.

Promoción de la autonomía:

- En la medida de lo posible, es fundamental que quien cuida fomente la autonomía de la persona en situación de dependencia. Permitirle realizar de manera independiente aquellas rutinas que aún pueda llevar a cabo contribuye positivamente a su autoestima y bienestar emocional. El rol del cuidador debe centrarse en acompañar, asistir, supervisar o corregir únicamente en aquellas actividades donde la persona necesite ayuda específica. Esta estrategia no solo refuerza la autoimagen de la persona dependiente, sino que también facilita una mejor calidad de vida y una adaptación más favorable a su situación.

Manejo de problemas conductuales y refuerzo positivo:

- En ocasiones, pueden surgir problemas conductuales, especialmente en personas afectadas por demencia, lo que puede convertir el estrés en una experiencia crónica y afectar la relación entre cuidador y persona cuidada. Es importante recordar que la persona dependiente atraviesa su propio proceso de aceptación, enfrentando emociones y sentimientos complejos ante su nueva realidad. Por ello, el cuidador debe mantener una actitud comprensiva, reforzar las conductas positivas y fomentar aquellas acciones que contribuyan a retrasar o controlar, en la medida de lo posible, el deterioro cognitivo y conductual. Valorar los logros y avances, por pequeños que sean, ayuda a preservar la dignidad y el bienestar emocional de la persona cuidada y mejora la convivencia diaria.

Favorecer la autonomía y detectar aspectos positivos en personas en situación de dependencia:

- Uno de los principales factores que contribuyen al aumento del estrés en el cuidador es la cantidad de ayuda que la persona mayor necesita. Cuando las demandas de apoyo son constantes y superan los recursos físicos, emocionales o personales del cuidador, la percepción de sobrecarga se incrementa notablemente.

- Es fundamental que el cuidador adopte una actitud reforzante, valorando y promoviendo las conductas positivas que contribuyan a retrasar o controlar, en la medida de lo posible, el deterioro tanto cognitivo como conductual. Apreciar los logros y avances, por pequeños que sean, ayuda a preservar la dignidad y el bienestar emocional de la persona cuidada, favoreciendo una convivencia más armoniosa.

4. Una buena gestión del tiempo:

- Lograr una adecuada gestión del tiempo es fundamental tanto para la persona cuidadora como para la persona en situación de dependencia. Priorizar tareas y establecer rutinas claras ayuda a organizar las actividades diarias y permite encontrar momentos de respiro para el cuidador. Muchas veces, la sensación de sobrecarga surge porque la labor de cuidar debe compaginarse con otras responsabilidades laborales o familiares. Es importante aceptar que, en situaciones de dependencia, no siempre será posible atender todas las tareas, y que todo puede parecer urgente. Sin embargo, reflexionar sobre cuáles son las necesidades más relevantes y priorizarlas, sin olvidar incluir el autocuidado dentro de estas prioridades, resulta esencial para mantener el equilibrio.

5. Cuidar nuestras emociones:

- El autocuidado no solo implica atender las necesidades físicas, sino también prestar atención al ámbito emocional. Hablar de lo que sentimos y aprender a regular nuestras emociones es imprescindible para quienes cuidan. Identificar las emociones es el primer paso: es normal que el rol de cuidador genere alteraciones emocionales y que, en ocasiones, surjan sentimientos intensos como impotencia, tristeza o ira. Reconocer cómo estas emociones se manifiestan en el cuerpo y en los pensamientos, así como observar nuestra conducta en esos momentos, permite empezar a gestionarlas de manera adecuada. De este modo, se evita dejarse arrastrar por ellas y se favorece su correcta canalización.

6. Gestión y canalización de las emociones:

- Evitar el desbordamiento emocional es fundamental para quienes ejercen el rol de cuidador. El primer paso consiste en identificar las emociones a tiempo, antes de que su intensidad aumente tanto que resulte difícil controlarlas. Una vez reconocidas, es conveniente sustituir los pensamientos inadecuados que surgen espontáneamente por otros alternativos que sean más funcionales. Este cambio en la manera de pensar contribuye a generar emociones diferentes, menos intensas y más manejables. Además, canalizar las emociones de manera adecuada permite afrontar el malestar sin huir de él. Es importante recordar que no existen emociones positivas o negativas: todas cumplen una función adaptativa y son válidas. Por ejemplo, si se experimenta tristeza, es completamente normal llorar; lo recomendable es buscar un momento y un lugar tranquilo para hacerlo, permitiendo así la expresión emocional de manera saludable. Del mismo modo, realizar alguna actividad física ayuda a canalizar emociones intensas como la ira o la impotencia, facilitando su liberación y regulación. Por otra parte, escribir sobre los propios sentimientos y pensamientos constituye una excelente técnica de ventilación emocional, ayudando a comprender y gestionar lo que se experimenta internamente.

7. Cuidar las emociones y las necesidades básicas:

- Es fundamental evitar el aislamiento y comprender que los síntomas emocionales que se presentan son parte normal del proceso de cuidado. Aprender a gestionar las situaciones de tensión y regular las emociones es clave para afrontar el día a día. En casos donde resulte difícil manejar estas emociones por cuenta propia, es recomendable acudir a un profesional colegiado, quien puede brindar herramientas para mejorar la gestión emocional. Del mismo modo, atender las necesidades más básicas resulta imprescindible para mantener el equilibrio físico y mental necesario para continuar con la labor de cuidado. Dedicar tiempo al autocuidado y a la satisfacción de estas necesidades permite preservar el bienestar y la capacidad de seguir acompañando y asistiendo a la persona dependiente.

8. Cuidar las rutinas básicas y el bienestar físico:

- Una alimentación saludable, junto con un descanso adecuado, son pilares fundamentales para el equilibrio físico y mental de la persona cuidadora. Es importante intentar gestionar el tiempo en función de las necesidades de la persona dependiente, procurando siempre reservar momentos para el propio autocuidado. Además, la práctica regular de ejercicio físico contribuye significativamente a mantener la vitalidad y reducir el impacto del estrés. Este aspecto está estrechamente vinculado a la reevaluación continua de las necesidades, tanto de la persona atendida como de quien cuida, como se mencionó previamente. La conciencia sobre la propia situación y el esfuerzo dedicado al autocuidado son claves para que el cuidador pueda sostener el acompañamiento en el domicilio, preservando su fortaleza física y psicológica. Por último, no debemos olvidar incluir en la rutina la realización de actividades agradables que ayudan a reforzar el bienestar y a equilibrar la carga emocional derivada del proceso de cuidado.

9. La importancia de las actividades agradables en el cuidado:

- No es imprescindible que las actividades agradables sean grandes eventos o experiencias costosas, como un viaje, aunque, sí existe la posibilidad, sin duda sería beneficioso hacerlo. Lo esencial es incorporar pequeñas acciones placenteras en la rutina diaria, que aporten bienestar y equilibrio emocional. Ejemplos de estas actividades pueden ser tomar un baño relajante, escuchar música que nos guste, mantener una conversación telefónica con alguien cercano, o simplemente disfrutar de un café con un amigo. Estos momentos sencillos, pero significativos, ayudan a aliviar el estrés y contribuyen a regenerar la energía necesaria para continuar con la labor de cuidado.

10. Fomentar experiencias reforzantes y apoyo social para el bienestar del cuidador:

- Fomentar de manera consciente experiencias que resulten gratificantes y procurar que estas se presenten con mayor frecuencia es fundamental para facilitar un desarrollo personal óptimo, especialmente en quienes atraviesan

situaciones de estrés prolongado. Este escenario es común en quienes afrontan la incertidumbre constante sobre la salud de un ser querido. Por ello, identificar y potenciar momentos que promuevan el bienestar psicológico se convierte en una prioridad para el cuidador.

- Frente a ello, se aconseja buscar apoyo externo que permita compatibilizar las responsabilidades del cuidado con el mantenimiento adecuado de la actividad personal y social. Preservar los vínculos y la interacción con el entorno social, ya sea familia o amistades, constituye un pilar esencial para la salud psicológica de la persona cuidadora. Una red de apoyo social robusta facilita tanto la distribución como la organización de las tareas relacionadas con el cuidado, permitiendo que el cuidador no pierda el contacto con sus espacios de bienestar y desarrollo personal.

- Importante adoptar estrategias de afrontamiento adaptativas ante emociones como la culpa, que muchas veces acompaña al autocuidado. Reformular estas vivencias desde una óptica en la que fortalecer el propio bienestar es en realidad una forma de potenciar la capacidad de cuidado, ayuda a evitar interpretaciones negativas que asocian el autocuidado con el abandono del familiar. Finalmente, la gestión adecuada de las amenazas y tensiones propias de contextos estresantes permitirá al cuidador responder de una manera más saludable y sostenida, preservando su equilibrio emocional y físico.

11. Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés en el cuidado:

- Las experiencias previas y la personalidad del cuidador influyen en la forma en que se enfrentan los desafíos asociados a la labor de cuidado. Sin embargo, otros factores como la evolución de la dependencia del familiar, el tipo de enfermedad y las demandas específicas del proceso de cuidado también determinan las estrategias que se emplean para manejar el estrés.

12. Selección de estrategias según la percepción de cambio

- La elección de estrategias para afrontar el estrés depende, en gran medida, de si la persona cuidadora considera que la situación puede modificarse. Cuando existe la percepción de que hay posibilidades de cambio, se tiende a implementar acciones orientadas a la solución de problemas. Esto incluye la planificación de tareas, la búsqueda de apoyo en otras personas, la mejora directa en los cuidados prestados y la exploración de recursos formales que puedan brindar soporte adicional.

13. Adaptación ante situaciones incontrolables:

- El cuidador reconoce que la situación es irreversible y no puede ser modificada—como ocurre ante una demencia muy severa o una dependencia grave—resulta más adaptativo centrarse en la aceptación de las emociones negativas asociadas. Esta estrategia permite al cuidador ajustarse a la realidad actual que presenta su familiar, evitando el desgaste que implica aferrarse a una situación idealizada que no es posible alcanzar.

14. Bienestar psicológico y vínculo en la labor de cuidado:

- Para muchas personas cuidadoras, cuidar a un familiar supone un incremento de su bienestar psicológico. La experiencia de cuidado, aunque demandante, puede fortalecer el vínculo entre cuidador y familiar, propiciando una relación más profunda y significativa. Este lazo, además de generar apoyo mutuo, contribuye a que ambos experimenten una conexión más cercana y enriquecedora durante el proceso.

- El acto de cuidar es también una oportunidad para el autoconocimiento. Permite al cuidador identificar y valorar lo que realmente es importante, dejando de lado aspectos menos trascendentales. Este proceso favorece el desarrollo de una mayor comprensión sobre las personas y el envejecimiento, lo que a su vez conlleva una maduración personal significativa.

- Enfrentarse a los desafíos que implica la labor de cuidado suele revelar capacidades y habilidades que el cuidador desconocía de sí mismo, reforzando su sentimiento de competencia y confianza personal. Sin embargo, es frecuente que el estrés crónico dificulte reflexionar sobre estos beneficios, ya que, solemos estar más atentos a las experiencias negativas. Por ello, es fundamental que los cuidadores reconozcan y valoren los aspectos positivos que surgen en el proceso de cuidado, como una vía para fortalecer su bienestar emocional.

15. Beneficios personales y emocionales del cuidado:

- Muchas personas cuidadoras sienten que el vínculo con la persona que cuidan es más profundo y significativo. Este lazo fortalecido se convierte en una fuente de apoyo mutuo, permitiendo que ambos experimenten una relación más cercana y enriquecedora durante el proceso de cuidado.

17. Beneficios del cuidado:

- El acto de cuidar puede ser una oportunidad para conocerse mejor a sí mismo/a, identificar y valorar aquello que realmente es importante y dejar de lado lo menos trascendental. Este proceso, a menudo, ayuda al cuidador a desarrollar una mayor comprensión sobre las personas y sobre el envejecimiento, lo que conlleva una maduración personal significativa.

- Una consecuencia positiva que suelen destacar los/as cuidadores/as es la percepción de su propia competencia. Al enfrentarse a una labor compleja y desafiante, muchas veces descubren capacidades que no sabían que tenían, reforzando así su sentimiento de valía personal y confianza en sí mismos/as.

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL
Convenio No. 47006662025
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado
BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS DEL CUIDADO AL CUIDADOR

La fundación rehabilitación integral con el ánimo de incentivar esta estrategia desarrollara 3 estrategias de información sobre el autocuidado:

1. Distribuir información sobre el autocuidado del cuidador mediante estrategias como folletos o cartillas informativas.
2. Técnicas de relajación que permitan el manejo del estrés
3. Conversatorio con el ánimo de que los cuidadores compartan la experiencia

Objetivo General:
Promover el bienestar físico y emocional de las personas cuidadoras mediante acciones psicoeducativas y de fortalecimiento del autocuidado.

No.	Acción	Objetivo Específico	Actividad	Fecha	Duración	Responsable	Indicador
1	Estrategia Informativa	Brindar información sobre autocuidado físico y emocional	Entrega y socialización de cartilla psicoeducativa	Marzo	1 hora	Psicología	Lista de asistencia
2	Taller de Regulación Emocional	Fortalecer habilidades de manejo del estrés	Taller práctico de respiración, relajación y escritura emocional	Abril	2 horas	Psicología	Lista de asistencia
3	Conversatorio de Apoyo	Promover redes de apoyo y expresión emocional	Espacio grupal de diálogo y reflexión	Junio	1horas	Psicología	Lista de asistencia

COMPONENTE LEGAL FEBRERO 2025

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE BANCO DE HOJAS DE VIDA

La suscrita representante legal de La Fundación Rehabilitación Integral, identificada con NIT 900081882-9, en ejercicio de sus funciones y conforme a sus estatutos, hace constar que:

La entidad cuenta con un Banco de Hojas de Vida debidamente organizado y actualizado, el cual garantiza la disponibilidad permanente de personal idóneo, calificado y competente para el desarrollo de sus programas, proyectos y servicios.

Este banco de hojas de vida constituye un mecanismo institucional que asegura la selección adecuada de profesionales y técnicos, en concordancia con los principios de calidad, responsabilidad y compromiso social que orientan la Fundación.

Se expide el presente certificado a solicitud de parte interesada, para los fines que estime convenientes, en la ciudad de Santa Marta, a los 27 días del mes de febrero del año 2026.

María Mónica Rubio Zamora
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal
Fundación Rehabilitación Integral

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Grupo Protección Especial y Autoridades Administrativas
Pública

BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE APORTE N° 47006662025 DEL 30 DE DICIEMBRE DE 2025

SUSCRITO ENTRE: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- ICBF REGIONAL MAGDALENA Y LA FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL.

FECHA DE SUSCRIPCION: 30 de diciembre de 2025

OBJETO DEL CONTRATO: BRINDAR ATENCIÓN A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

VALOR INICIAL: SEISCIENTOS DIEZ MILLONES SESENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($610.066.146)

En la ciudad de Santa Marta, el día treinta y uno (31) de diciembre de 2025, acordaron quienes suscriben la presente Acta por una parte la Señora **MARIA MONICA RUBIO ZAMORA**, identificada con cedula de ciudadanía número 1.083.041.473, quien actúa en calidad de Representante Legal de la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL, y por otra parte el Señora **CAROLINA MARIA VALENZUELA NARANJO**, Profesional Especializado asignada al Centro Zonal Fundación, quien actúa en representación del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF REGIONAL MAGDALENA, en calidad de supervisora del contrato, dar inicio a la ejecución del Contrato de Aporte N° 47006662025 del 30 de diciembre de 2025.

En constancia de lo anterior, se firma la presente Acta por quienes en ella intervinieron, el día treinta y uno (31) de diciembre de 2025.

Por el ICBF

CAROLINA MARIA VALENZUELA NARANJO
Supervisor del contrato N° 47006662025

Por el Contratista

MARIA MONICA RUBIO ZAMORA
Representante Legal

SECOP

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle	Acciones	
CO1.WRT.18518139	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato ⚠	Contrato de seguro	7.680.195.280,00 COP	seguros del estado	30/11/2028 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Detalle		Cancelar
CO1.WRT.18517436	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	284.700.000,00 COP	seguros del estado	10 días para terminar *(15/12/2025 12:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Detalle		Cancelar
CO1.WRT.18517082	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato ⚠	Contrato de seguro	7.580.195.280,00 COP	seguros del estado	30/11/2028 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Rechazada	Detalle	Editar	
CO1.WRT.18390500	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato ⚠	Contrato de seguro	50.534.635.200,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO	30/11/2028 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Detalle		Cancelar
CO1.WRT.18390490	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	284.700.000.000,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO	3 días de tiempo transcurrido *(30/11/2025 12:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Vencida	Detalle		

Agregar

SEGUROS DEL ESTADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860009578-6
RECIBO DE CAJA N° 65012251

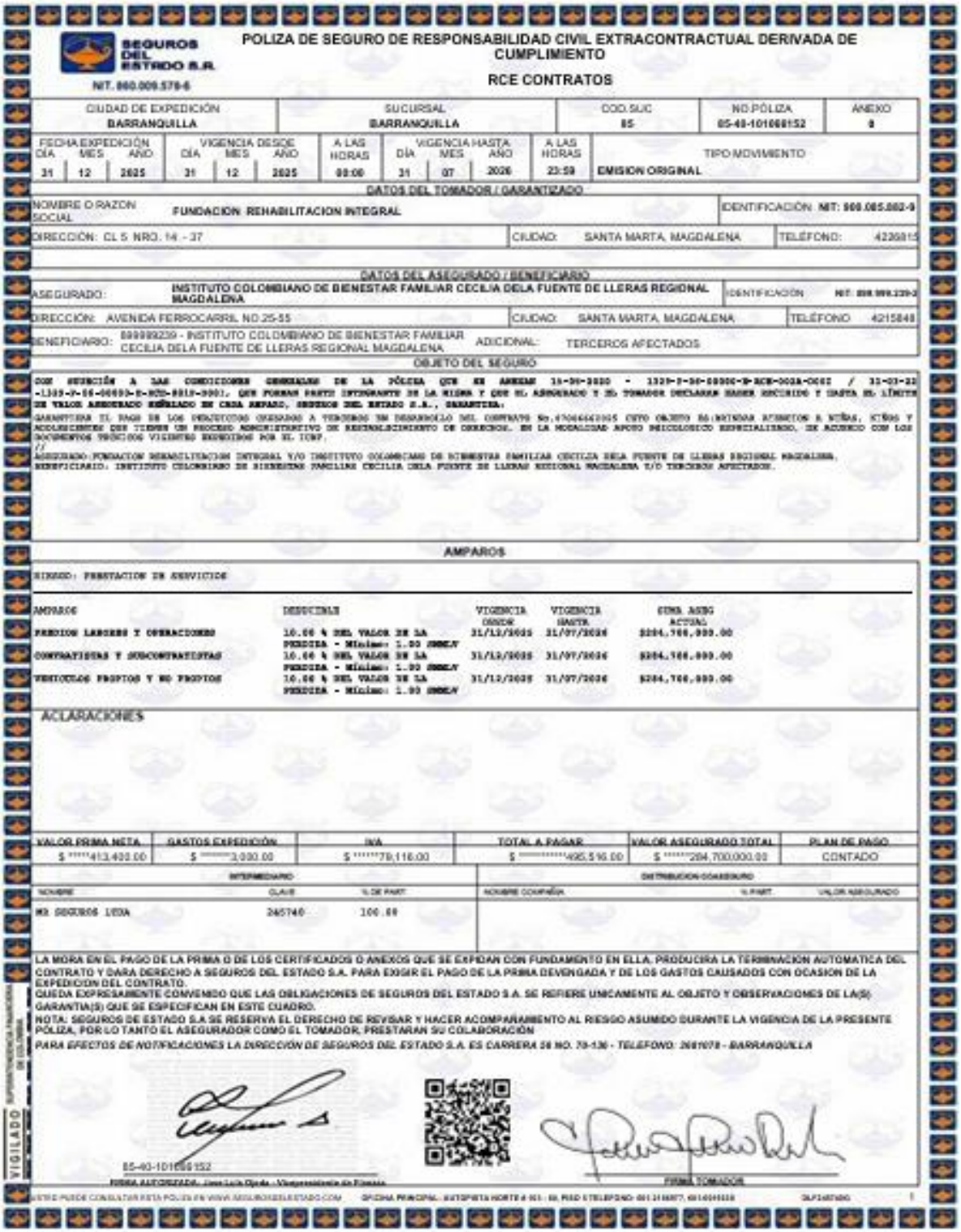
Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	13/11/2025	245740	MR SEGUROS LTDA

Tomador:	FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL	**NIT/CC** 900085882
Suma de:	TRESCIENTOS NUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE.******	
Pagador:	CLAUDIA LORENA ZAMORA ESCOBAR	**NIT/CC** 57441728
Por concepto de:	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #283431394	

Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
85-BARRANQUILLA-40-RCE CONTRATOS-101065586-0-1	$39.780,00	$3.000,00	$8.128,20	$0,00	$50.908,20
85-BARRANQUILLA-44-CU. ENTIDAD.EST.-101141669-0-1	$209.199,54	$8.000,00	$41.267,91	$0,00	$258.467,45

Otros conceptos de pago	Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES	$309.375,00
APROVECHAMIENTOS	$-0,45
APROVECHAMIENTOS	$-0,20

Forma de pago		
TARJETA DE CREDITO	**Ahorro:**	$0,00
	Corriente:	$0,00
	Tarjeta:	$309.375,00
	Otro:	$0,00
Transacción: 17665265	**Total:**	**$309.375,00**
	Cajero:	PAGUESTADO



SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-40-101008152	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
31	12	2025	31	12	2025	00:00	31	07	2026	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL — IDENTIFICACIÓN: NIT: 900.085.002-9

DIRECCIÓN: CL 5 NRO. 14 - 37 — CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA — TELÉFONO: 4226815

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DELA FUENTE DE LLERAS REGIONAL MAGDALENA — IDENTIFICACIÓN: NIT. 899.999.239-3

DIRECCIÓN: AVENIDA FERROCARRIL NO.25-55 — CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA — TELÉFONO: 4215848

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DELA FUENTE DE LLERAS REGIONAL MAGDALENA — ADICIONAL: TERCEROS AFECTADOS

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE NO AMPARAN 16-10-2020 - 1320-2-20-00000-0-RCE-0028-0002 / 32-03-22-1320-0-06-0000-0-000-0010-0001, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER ENTENDIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS EN DESARROLLO DEL CONTRATO No.47006662025 CUYO OBJETO ES:MANTENER APUNTES A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS. EN LA MODALIDAD APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXIGIDOS POR EL ICBF.

//

ASEGURADO: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DELA FUENTE DE LLERAS REGIONAL MAGDALENA.
BENEFICIARIO: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DELA FUENTE DE LLERAS REGIONAL MAGDALENA Y/O TERCEROS AFECTADOS.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
PERSONAL LABORAL Y COOPERADORES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	31/12/2025	31/07/2026	$204,700,000.00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	31/12/2025	31/07/2026	$204,700,000.00
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	31/12/2025	31/07/2026	$204,700,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****413,400.00	$ *******3,000.00	$ ******79,116.00	$ **********495,516.00	$ *******204,700,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MD SEGUROS LTDA	245740	100.00			

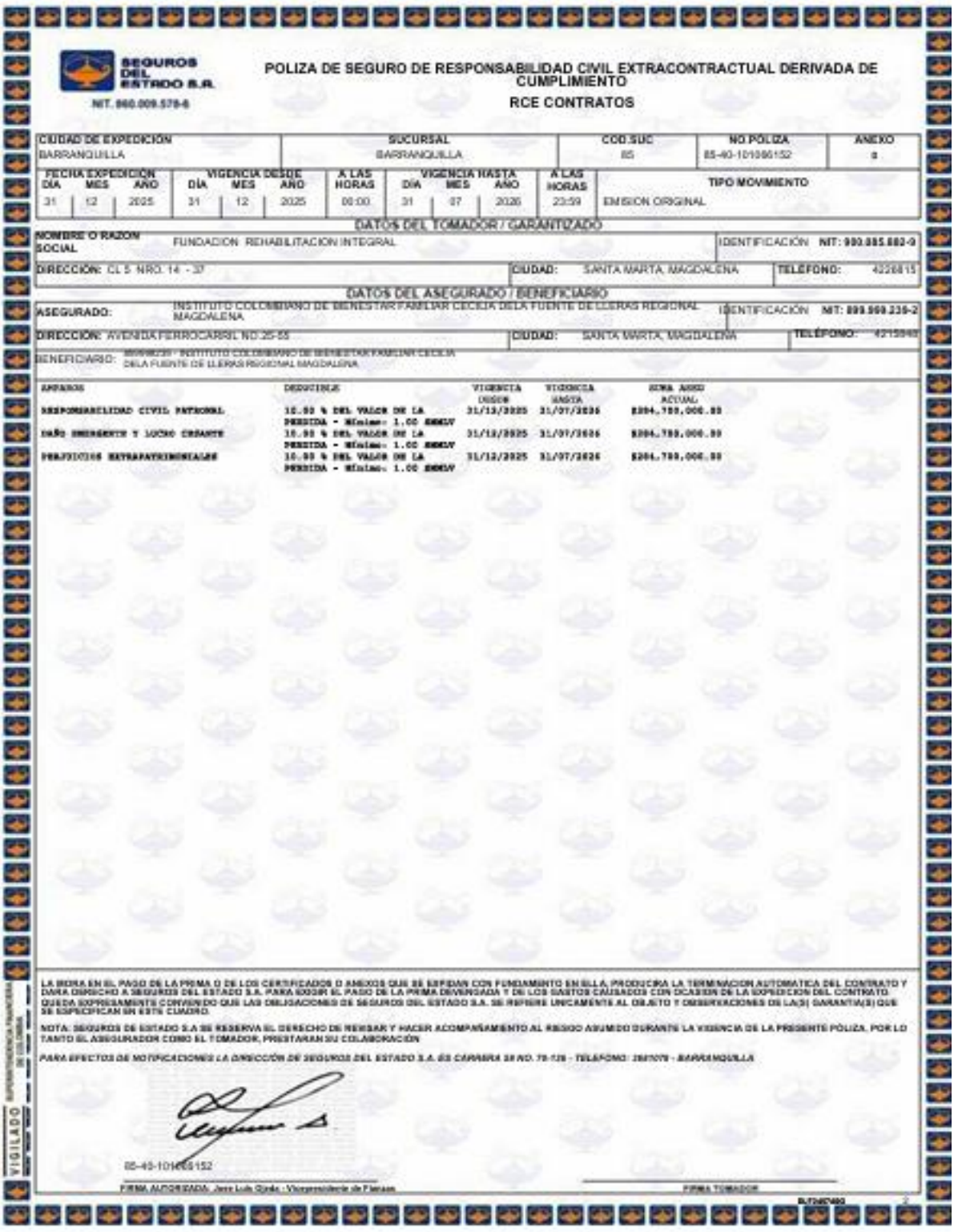
LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.
QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.
NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 79-130 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-40-101008152

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO POLIZA	ANEXO
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-40-101080152	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
31	12	2025	31	12	2025	00:00	31	07	2026	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL — IDENTIFICACIÓN: NIT: 900.885.882-9

DIRECCIÓN: CL 5 NRO. 14 - 37 — CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA — TELÉFONO: 4226815

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DELA FUENTE DE LLERAS REGIONAL MAGDALENA — IDENTIFICACIÓN: NIT: 899.999.239-2

DIRECCIÓN: AVENIDA FERROCARRIL NO 25-55 — CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA — TELÉFONO: 4215945

BENEFICIARIO: [illegible] - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DELA FUENTE DE LLERAS REGIONAL MAGDALENA

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	31/12/2025	31/07/2026	$204,788,000.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	31/12/2025	31/07/2026	$204,788,000.00
PREJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	31/12/2025	31/07/2026	$204,788,000.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REMBAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 38 NO. 79-128 - TELÉFONO: 3581078 - BARRANQUILLA

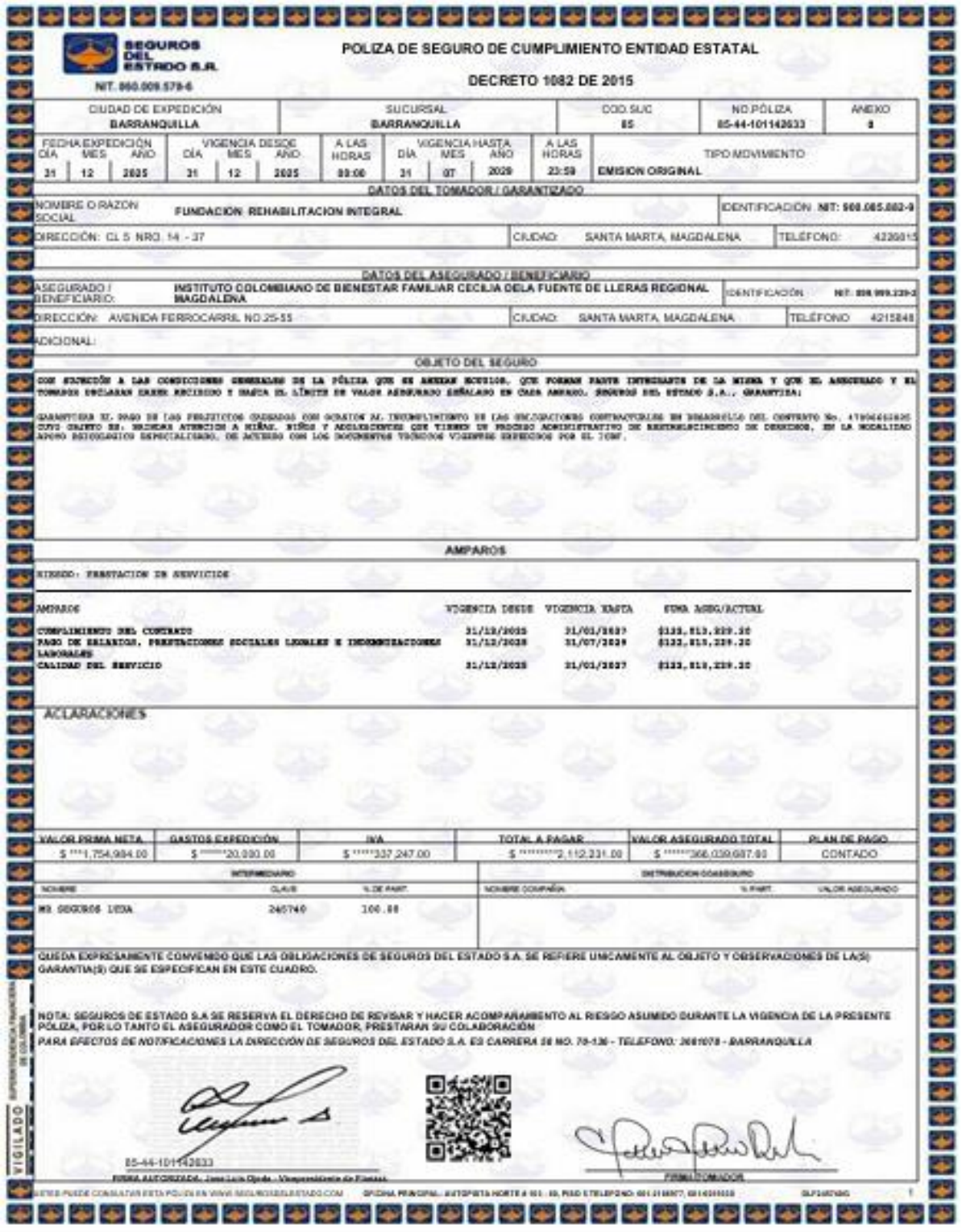
85-40-101080152

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidencia de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONVENIO 47006662025
SUSCRITO ENTRE ICBF Y LA FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO



SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD SUC	NO PÓLIZA	ANEXO
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	65	65-44-101142633	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
31	12	2025	31	12	2025	00:00	31	07	2029	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL — IDENTIFICACIÓN: NIT: 900.065.802-9
DIRECCIÓN: CL 5 NRO. 14 - 37 — CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA — TELÉFONO: 4230015

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DELA FUENTE DE LLERAS REGIONAL MAGDALENA — IDENTIFICACIÓN: NIT: 899.999.239-2
DIRECCIÓN: AVENIDA FERROCARRIL NO.25-55 — CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA — TELÉFONO: 4215848
ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN MÁS ADELANTE, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN CONOCER, HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASIÓN AL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN DESARROLLO DEL CONTRATO No. 47006662025 CUYO OBJETO ES: BRINDAR ATENCION A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD APOYO PSICOLOGICOS ESPECIALIZADO, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXIGIDOS POR EL ICBF.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	31/12/2025	31/01/2027	$122,819,239.20
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	31/12/2025	31/07/2029	$122,819,239.20
CALIDAD DEL SERVICIO	31/12/2025	31/01/2027	$122,819,239.20

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***1,754,984.00	$ *****20,000.00	$ *****337,247.00	$ ********2,112,231.00	$ ******366,039,687.60	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MS SEGUROS LTDA	245740	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 79-130 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

65-44-101142633
FIRMA AUTORIZADA - Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Finanzas
FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ESTE PUEDE CONSULTAR ESTA POLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM — OFICINA PRINCIPAL: AUTOPISTA NORTE # 101 - 68, PISO 6 TELEFONO: 601 2186677, 601 4369333 — SUPERVISADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101142633, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BARRANQUILLA a los 31 días del mes de DICIEMBRE de 2025



85-44-101142633
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Finanzas

CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 13/01/2026 - 15:40:32
Recibo No. S001343859, Valor 12100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9qKYqgg2vR

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=32 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La inscripción al Registro de las Entidades sin Ánimo de Lucro o al Registro de la Economía Solidaria proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su inscripción a más tardar el 31 de marzo de 2026.

CON FUNDAMENTO EN LAS INSCRIPCIONES DEL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO Y DE LA ECONOMIA SOLIDARIA, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit : 900085882-9
Domicilio: Ciénaga, Magdalena

INSCRIPCIÓN

Inscripción No: S0502879
Fecha de inscripción en esta Cámara de Comercio: 19 de mayo de 2006
Ultimo año renovado: 2025
Fecha de renovación: 27 de mayo de 2025
Grupo NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CR 3 A 18 27 RODADERO SUR
Municipio : Ciénaga, Magdalena
Correo electrónico : gerencia@frehabilitacionintegral.com
Teléfono comercial 1 : 3012509665
Teléfono comercial 2 : No reportó.
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CR 3 A 18 27 RODADERO SUR
Municipio : Ciénaga, Magdalena
Correo electrónico de notificación : gerencia@frehabilitacionintegral.com
Teléfono para notificación 1 : 3012509665

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado No. 1 del 15 de marzo de 2006 de la Asamblea Constitutiva de Santa Marta, inscrito en esta Cámara de Comercio el 19 de mayo de 2006, con el No. 5657 del Libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro, se constituyó la entidad sin ánimo de lucro de naturaleza Fundación denominada FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL.

ENTIDAD QUE EJERCE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

REFORMAS ESPECIALES

Por Acta No. 10 del 26 de noviembre de 2016 de la Asamblea Ordinaria de Santa Marta, inscrito en esta Cámara de Comercio el 24 de mayo de 2017, con el No. 19036 del Libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro, se decretó CAMBIO DE DOMICILIO DE SANTA MARTA AL MUNICIPIO DE CIENAGA.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 13/01/2026 - 15:40:32
Recibo No. S001343859, Valor 12100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9qKYqgg2vR

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=32 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La inscripción al Registro de las Entidades sin Ánimo de Lucro o al Registro de la Economía Solidaria proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su inscripción a más tardar el 31 de marzo de 2026.

OBJETO SOCIAL

La fundacion tendra como objeto general propender la realizacion de actividades de promocion, prevencion, curacion y rehabilitacion en salud; en forma especifica la fundacion persigue: 1. Mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas y su familia buscando programas de educacion, prevencion y promocion en salud, atencion en salud y rehabilitacion. 2. Lograr las nosologias de las patologias neurologicas del departamento del magdalena a traves de programas de promocion y prevencion en salud. 3. Propender por el mantenimiento de niveles optimos de salud mental en la poblacion del magdalena. 4. Realizar actividades de atencion primaria, promocion y prevencion para la tercera edad y actividades de rehabilitacion. 5. Prestar asesoria de promocion y prevencion en la infancia y adolescencia. 6. Implementar y ejecutar actividades tenientes a aliviar el dolor cronico. 7. Prestar servicios de salud a otras entidades, asesorias y ejecucion de servicios. 8. Suministrar y distribuir elementos para la prevencion y rehabilitacion en salud. Actividades. 1. Investigar la realidad socioeconomica, de salubridad, de morbilidad y mortalidad de la region para obtener un diagnostico de la realidad social. 2. Realizar proyectos especificos en salud en cada una de las poblaciones del departamento que conlleve al diseño de planes de desarrollo en salud. 3. Agenciar capacitación para la comunidad mediante conferencias, talleres, seminarios y cursos encaminados a la formacion de medidas preventivas que promuevan la salud. 4. Ofrecer entrenamiento a los grupos etereos y segun cuadros patologicos especificos mediante cursos, conferencias, talleres, seminarios y brigadas. 5. Presentar al gobierno nacional, departamental, distrital y municipal, a manera de sugerencias, formulas y mecanismos para elevar el nivel de vida y condiciones de salud en la region. 6. Establecer contacto con organismos del orden nacional e internacional que puedan ofrecer cooperacion para el exito de los programas de la fundacion. 7. Brindar a los establecimientos de salud apoyo en las areas de rehabilitacion fisica, mental, social, neurologica y tratamiento del dolor. 8. Establecer contratos y acuerdos con entidades de orden nacional e internacional para la adecuacion y/o aprovisionamientos de medios para una mejor calidad de vida. 9. La fundacion podra vender, comercializar, preparar alimentos e igualmente desarrollar actividades de restaurantes escolares y comunitarios entre otros. Realizar contrataciones con entidades del estado que apunten a contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de niños, niñas, jovenes, mujeres, la familia y la poblacion desplazada en general y vulnerable. 10. Promover, fomentar y gestionar proyectos y programas que garanticen los derechos humanos de los grupos vulnerables alrededor de poblacion de menores, jovenes, mujeres y ancianos. 11. Proyectar, gestionar, administrar, ejecutar los recursos de los programas dirigidos a las familias urbanas, rurales, indigenas, etnicas; de alte vulnerabilidad y comunidad en general, con especial prioridad a las familias con menores trabajadores, infractores, en situacion de peligro, discapacitados, desplazados y afectados por el conflicto armado. 12. Desarrollar procesos de capacitacion a la familia y a la comunidad en general, aplicando los lineamientos establecidos en la politica nacional, constitucion nacional, en busca de la armonia y unidad familiar, y social. 13. Gestionar a nivel nacional e internacional recursos, esfuerzos y voluntades alrededor de crear condiciones para que la familia sea sujetos de derechos y en consecuencia exista un posicionamiento en los planes de desarrollo territorial. 14. Desarrollar encuentros de redes familiares, sociales e institucionales, con el fin de socializar las experiencias y establecer estrategias de cooperacion y solidaridad. 15. Efectuar programas y proyectos de asesorias, consultorias e investigacion en el ambito social y familiar con enfasis en educacion, salud, medio ambiente y laboral desarrollandolos con enfoque preventivo, de promocion y terapeutico, asistencial, de rehabilitacion y resocializacion. 16. Realizar planes y proyectos para el desarrollo armonico familiar dirigidos en enfasis a la mujer y el menor de edad. 17. Asesorias y ejecucion de proyectos productivos de corte individual, grupal y comunitario; hacia la formacion de empresas comunitarias, microempresas, empresas asociativas y de mas formas de economia solidaria. 18. Promover, asesorar, dirigir y asesorar toda clase de actividades relacionadas con la industria, con personas naturales o juridicas nacionales o extranjeras, formar consorcios y de mas para tal fin. 19. Recibir en comodato bienes como casa, edificios, fincas, centros vacacionales, locales comerciales y toda clase de finca raiz, que permitan el desarrollo y puesta en marcha de los proyectos a favor de los diferentes grupos etnicos de la nacion y el fortalecimiento de la fundaci6n. 20. Impulsar las actividades artisticas y ludicas a nivel individual y comunitario en todas sus expresiones (danza, teatro, pintura, cine, television, artes plasticas, musica, etc.). 21. Diseñar, organizar, ejecutar, fiscalizar y administrar programas de construccion y auto construccion de vivienda, proyectos urbanisticos de interes social y de servicios publicos. 22. Asesorjas y elaboracion de material pedagogico y publicitario para ser difundido de forma masiva por los diferentes medios y formas de comunicacion.

CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 13/01/2026 - 15:40:32
Recibo No. S001343859, Valor 12100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9qKYqgg2vR

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=32 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La inscripción al Registro de las Entidades sin Ánimo de Lucro o al Registro de la Economía Solidaria proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su inscripción a más tardar el 31 de marzo de 2026.

PATRIMONIO

$169.717.525,75

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Son funciones del director ejecutivo. A. Velar por el cumplimiento de los reglamentos, estatus, determinaciones e instrucciones de la asamblea de aportantes y el consejo de administracion. B. Realizar los contratos que fuesen necesarios para el desarrollo del objeto de la fundacion. C. Representar a la fundacion con facultades para transigir, decidir, delegar, sustituir. D. Constituir apoderados judiciales para la defensa de los intereses de la fundacion. E. Presentar los informes a que le solicite el consejo de administracion y la asamblea de aportantes y al consejo de administracion. G. Nombrar y remover a las personas que desempeñan estos cargos. H. Las demas que correspondan al a naturaleza de su cargo y las que le sean asignadas por el consejo de administracion o la asamblea de aportantes. I. Concurrir con voz pero sin voto a la asamblea de administracion.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 29 del 02 de julio de 2024 de la Asamblea Extraordinaria, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 08 de julio de 2024 con el No. 30321 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
DIRECTOR EJECUTIVO	MARIA MONICA RUBIO ZAMORA	C.C. No. 1.083.041.473

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

Por Acta No. 6 del 26 de septiembre de 2011 de la Asamblea Ordinaria, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 27 de febrero de 2012 con el No. 11603 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON - MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION	ANGELICA MARIA ZAMORA ESCOBAR	C.C. No. 26.668.309
SEGUNDO RENGLON - MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION	CAROLA MERCEDES JULIO ESCOBAR	C.C. No. 57.431.556
TERCER RENGLON - MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION	MONICA PATRICIA JULIO ESCOBAR	C.C. No. 36.559.575

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 6 del 26 de septiembre de 2011 de la Asamblea Ordinaria, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 27 de febrero de 2012 con el No. 11604 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro, se designó a:

CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 13/01/2026 - 15:40:32
Recibo No. S001343859, Valor 12100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9qKYqgg2vR

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=32 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La inscripción al Registro de las Entidades sin Ánimo de Lucro o al Registro de la Economía Solidaria proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su inscripción a más tardar el 31 de marzo de 2026.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	EDITH DEL CARMEN DIAZ ARRIETA	C.C. No. 49.606.015	138362-T
REVISOR FISCAL SUPLENTE	LEONILDE FIGUEREDO MENDOZA	C.C. No. 57.437.253	61689-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
*) D.P. No. 1 del 17 de abril de 2008 de la El Comerciante	7733 del 17 de abril de 2008 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro
*) Acta No. 6 del 14 de enero de 2009 de la Asamblea Extraordinaria	8543 del 27 de enero de 2009 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro
*) Acta No. 6 del 26 de septiembre de 2011 de la Asamblea Ordinaria	11602 del 27 de febrero de 2012 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro
*) D.P. No. 1 del 01 de noviembre de 2013 de la Comerciante	13356 del 01 de noviembre de 2013 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro
*) D.P. del 18 de abril de 2017 de la El Comerciante O Inscrito	17010 del 18 de abril de 2017 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro
*) Acta No. 10 del 26 de noviembre de 2016 de la Asamblea Ordinaria	19036 del 24 de mayo de 2017 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro
*) D.P. del 30 de mayo de 2017 de la El Comerciante O Inscrito	19056 del 30 de mayo de 2017 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro
*) D.P. del 23 de enero de 2018 de la El Comerciante O Inscrito	19744 del 23 de enero de 2018 del libro I del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: S9499
Actividad secundaria Código CIIU: Q8699
Otras actividades Código CIIU: Q8692 G4631

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 13/01/2026 - 15:40:32
Recibo No. S001343859, Valor 12100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9qKYqgg2vR

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=32 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La inscripción al Registro de las Entidades sin Ánimo de Lucro o al Registro de la Economía Solidaria proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su inscripción a más tardar el 31 de marzo de 2026.

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL ATENCION PSICOSOCIAL
Matrícula No.: 167675
Fecha de Matrícula: 24 de marzo de 2015
Último año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CL 8 NO 8 - 112 BRR CENTRO
Municipio: Fundación, Magdalena

Nombre: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL - PLATO
Matrícula No.: 176207
Fecha de Matrícula: 17 de marzo de 2016
Último año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CL 14A NO 23-35 BRR 7 DE AGOSTO
Municipio: Plato, Magdalena

Nombre: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL - CIENAGA
Matrícula No.: 176210
Fecha de Matrícula: 17 de marzo de 2016
Último año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CL 5 14 37
Municipio: Ciénaga, Magdalena

Nombre: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL - PIVIJAY
Matrícula No.: 176213
Fecha de Matrícula: 17 de marzo de 2016
Último año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CALLE 8 NO 19-4
Municipio: Pivijay, Magdalena

Nombre: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL - BANCO
Matrícula No.: 176214
Fecha de Matrícula: 17 de marzo de 2016
Último año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CL 4 7 87 BRR SAN FRANCISCO
Municipio: El Banco, Magdalena

Nombre: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL SANTA MARTA
Matrícula No.: 206477
Fecha de Matrícula: 23 de agosto de 2018
Último año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CR 3A NO 18 - 27
Barrio : RODADERO
Municipio: Santa Marta, Magdalena

Nombre: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL SEVILLA
Matrícula No.: 243693
Fecha de Matrícula: 07 de julio de 2021
Último año renovado: 2021

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

573 30 DIC 2024

REHABILITACIÓN INTEGRAL, por el termino de dos (2) años para desarrollar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS***, cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la carrera 7 No. 9 - 10, barrio San Nicolas, municipio de Fundación, Departamento del Magdalena, la entidad cuenta con dos consultorios con una capacidad instalada de 72 cupos.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: OTORGAR la Licencia de Funcionamiento bienal por el término de dos (2) años a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** para operar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS***, cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la carrera 7 No. 9 - 10, barrio San Nicolas, municipio de Fundación, Departamento del Magdalena, la entidad cuenta con dos consultorios con una capacidad instalada de 72 cupos.

ARTICULO SEGUNDO: NOTIFICAR, a través del Grupo Jurídico de la Regional - Magdalena, la presente resolución al Representante Legal de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, en los términos establecidos en los artículos 67 y ss., del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) haciéndole saber que contra ella procede el recurso de reposición ante esta Dirección Regional, el cual debe interponerse por escrito en el momento de su notificación o dentro de los diez (10) días siguientes a la misma.

ARTÍCULO TERCERO: VIGENCIA la presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

573 30 DIC 2024

ARTICULO CUARTO-. FIJAR copia de la presente resolución de manera permanente durante la vigencia y en un lugar visible de la sede administrativa ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y en la sede operativa ubicada en la carrera 7 No. 9 - 10, barrio San Nicolas, municipio de Fundación, Departamento del Magdalena de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL identificada con NIT 900.085.882-9**.

ARTÍCULO QUINTO. - ADVERTIR que la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** queda sometida a las normas legales y que en caso de incumplimiento se dará aplicación a la normatividad vigente, igualmente se advierte que el presente otorgamiento de la Licencia de Funcionamiento no autoriza adelantar programas de adopción, ni actividades diferentes a las consagradas en los estatutos internos de la institución y en las normas reguladoras de la prestación del servicio público de Bienestar Familiar.

ARTÍCULO SEXTO –. PUBLICAR la presente resolución en la página web del ICBF, dentro de los (15) días hábiles siguientes a la fecha de su ejecutoria.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Santa Marta, D.T.C.H., 30 DIC 2024

MARIA DEL ROSARIO BLANCO OCAMPO
Directora (E) Regional ICBF Magdalena

Aprobó: *Karen Marlen Freyle Mancilla – Coordinadora Grupo Jurídico*
Proyectó: *Andrea Carolina Ovalle Ramirez – Abogada Contratista Grupo Jurídico.*

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

RESOLUCIÓN No. 574 30 DIC 20

POR LA CUAL SE OTORGA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO BIENAL POR EL TERMINO DE DOS (2) AÑOS A LA FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL CON NIT 900.085.882-9, PARA OPERAR LA MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.

LA DIRECTORA (E) DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR DE LA REGIONAL MAGDALENA

En uso de las facultades legales y estatutarias, y en especial las conferidas en la Ley 7 de 1979, el artículo 78 de la Ley 489 de 1998, la Ley 1098 de 2006, el Decreto 0987 de 2012, y en las Resoluciones 3899 de 2010, 3435 de 2016, 9555 de 2016 y la Resolución No. 1877 del 2 de mayo de 2024;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo con el artículo 21 de la Ley 7ª de 1979, corresponde al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, otorgar Licencia de Funcionamiento a las instituciones o establecimientos de protección a los niños, niñas, adolescentes y sus familias, le atribuye la función de señalar y hacer cumplir los requisitos de funcionamiento a dichas Instituciones.

Que, el artículo 16 de la Ley 1098 de 2006 establece que todas las personas naturales o jurídicas, con personería jurídica expedida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o sin ella, que aún con autorización de los padres o representantes legales alberguen o cuiden a niños, niñas o adolescentes, son sujetos de la vigilancia del Estado.

Que, el inciso 2 del artículo 16 del Código de la Infancia y la Adolescencia señala: *"(...) compete al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como ente rector, coordinador y articulador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, reconocer, otorgar, suspender y cancelar personerías jurídicas y licencias de funcionamiento a*

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

5 7 4 6 DIC 20

las instituciones del Sistema que prestan servicios de protección a los menores de edad o la familia y a las que desarrollen el programa de adopción".

Que, mediante Resolución No. 2107 de fecha veintisiete (27) de agosto de 2013, emanada del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Magdalena, se reconoció Personería Jurídica a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, con domicilio principal en la ciudad de Santa Marta, la cual estaba representada legalmente por la señora **ANGELICA MARIA ZAMORA ESCOBAR**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 26.668.309 expedida en Santa Marta.

Que, mediante Resolución No. 427 del 5 de julio de 2022, expedida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se renovó licencia de Funcionamiento Bienal a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9.**

Que, la representante legal de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, mediante oficio de fecha 27 de septiembre de 2024, solicitó al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - Cecilia de la Fuente de Lleras, Regional Magdalena la Renovación de la Licencia de Funcionamiento cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18-27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 8 No. 19-04 Municipio de Pivijay, Departamento del Magdalena, para desarrollar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.***

Que, mediante memorando radicado No. 20244900000084003, la Directora Regional (E) designó un equipo técnico interdisciplinario para la verificación del componente legal, Financiero, técnico y administrativo, dentro del proceso de renovación de la licencia de funcionamiento de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL**, para la modalidad de ***APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO.***

Que, como consecuencia de las verificaciones efectuadas, donde se aplicó el INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN SERVICIO COMPLEMENTARIO APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO COMPONENTE ADMINISTRATIVO IN17.IVC versión 5 de fecha 16/05/2023, la revisión documental de requisitos legales, financieros, técnicos y administrativos, el Equipo Interdisciplinario de Licencias de Funcionamiento delegado por la Directora Regional (E) del ICBF, emitió **CONCEPTO PROFESIONAL**

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

5 7 3 6 DIC 20

las instituciones del Sistema que prestan servicios de protección a los menores de edad o la familia y a las que desarrollen el programa de adopción".

Que, mediante Resolución No. 2107 de fecha veintisiete (27) de agosto de 2013, emanada del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Magdalena, se reconoció Personería Jurídica a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, con domicilio principal en la ciudad de Santa Marta, la cual estaba representada legalmente por la señora **ANGELICA MARIA ZAMORA ESCOBAR**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 26.668.309 expedida en Santa Marta.

Que, mediante Resolución No. 427 del 5 de julio de 2022, expedida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se renovó licencia de Funcionamiento Bienal a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9.**

Que, la representante legal de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, mediante oficio de fecha 27 de septiembre de 2024, solicitó al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - Cecilia de la Fuente de Lleras, Regional Magdalena la Renovación de la Licencia de Funcionamiento cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18-27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 8 No. 19-04 Municipio de Pivijay, Departamento del Magdalena, para desarrollar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.***

Que, mediante memorando radicado No. 202449000000084003, la Directora Regional (E) designó un equipo técnico interdisciplinario para la verificación del componente legal, Financiero, técnico y administrativo, dentro del proceso de renovación de la licencia de funcionamiento de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL**, para la modalidad de ***APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO.***

Que, como consecuencia de las verificaciones efectuadas, donde se aplicó el INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN SERVICIO COMPLEMENTARIO APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO COMPONENTE ADMINISTRATIVO IN17.IVC versión 5 de fecha 16/05/2023, la revisión documental de requisitos legales, financieros, técnicos y administrativos, el Equipo Interdisciplinario de Licencias de Funcionamiento delegado por la Directora Regional (E) del ICBF, emitió **CONCEPTO PROFESIONAL**

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

5 7 4 3 0 DIC 2024

DE APROBACIÓN, para otorgar licencia de funcionamiento bienal a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL,** por el termino de dos (2) años para desarrollar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS,*** cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18-27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 8 No. 19-04 Municipio de Pivijay, Departamento del Magdalena, la entidad cuenta con un consultorio con capacidad instalada de 36 cupos.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: OTORGAR la Licencia de Funcionamiento bienal por el término de dos (2) años a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** para operar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS,*** cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18-27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 8 No. 19-04 Municipio de Pivijay, Departamento del Magdalena, la entidad cuenta con un consultorio con una capacidad instalada de 36 cupos.

ARTICULO SEGUNDO: NOTIFICAR, a través del Grupo Jurídico de la Regional Magdalena, la presente resolución al Representante Legal de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, en los términos establecidos en los artículos 67 y ss., del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) haciéndole saber que contra ella procede el recurso de reposición ante esta Dirección Regional, el cual debe interponerse por escrito en el momento de su notificación o dentro de los diez (10) días siguientes a la misma.

ARTÍCULO TERCERO: VIGENCIA la presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

574 30 DIC 2024

ARTICULO CUARTO: FIJAR copia de la presente resolución de manera permanente durante la vigencia y en lugar visible en la sede administrativa ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y en la sede operativa ubicada en la calle 8 No.19-04 Municipio de Pivijay, Departamento del Magdalena de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL identificada con NIT 900.085.882-9**.

ARTÍCULO QUINTO. - ADVERTIR que la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** queda sometida a las normas legales y que en caso de incumplimiento se dará aplicación a la normatividad vigente, igualmente se advierte que el presente otorgamiento de la Licencia de Funcionamiento no autoriza adelantar programas de adopción, ni actividades diferentes a las consagradas en los estatutos internos de la institución y en las normas reguladoras de la prestación del servicio público de Bienestar Familiar.

ARTÍCULO SEXTO –. PUBLICAR la presente resolución en la página web del ICBF, dentro de los (15) días hábiles siguientes a la fecha de su ejecutoria.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Santa Marta, D.T.C.H., 30 DIC 2024

MARÍA DEL ROSARIO BLANCO OCAMPO
Directora (E) Regional ICBF Magdalena

Aprobó: *Karen Marlen Freyle Mancilla – Coordinadora Grupo Jurídico*
Proyectó: *Andrea Carolina Ovalle Ramirez – Abogada Contratista- Grupo Jurídico.*

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

RESOLUCIÓN No: 571 30 DIC 202

POR LA CUAL SE OTORGA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO BIENAL POR EL TERMINO DE DOS (2) AÑOS A LA FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL CON NIT 900.085.882-9, PARA OPERAR LA MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.

LA DIRECTORA (E) DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR DE LA REGIONAL MAGDALENA

En uso de las facultades legales y estatutarias, y en especial las conferidas en la Ley 7 de 1979, el artículo 78 de la Ley 489 de 1998, la Ley 1098 de 2006, el Decreto 0987 de 2012, y en las Resoluciones 3899 de 2010, 3435 de 2016, 9555 de 2016 y la Resolución No. 1877 del 2 de mayo de 2024;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo con el artículo 21 de la Ley 7ª de 1979, corresponde al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, otorgar Licencia de Funcionamiento a las instituciones o establecimientos de protección a los niños, niñas, adolescentes y sus familias, le atribuye la función de señalar y hacer cumplir los requisitos de funcionamiento a dichas Instituciones.

Que, el artículo 16 de la Ley 1098 de 2006 establece que todas las personas naturales o jurídicas, con personería jurídica expedida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o sin ella, que aún con autorización de los padres o representantes legales alberguen o cuiden a niños, niñas o adolescentes, son sujetos de la vigilancia del Estado.

Que, el inciso 2 del artículo 16 del Código de la Infancia y la Adolescencia señala: *"(...) compete al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como ente rector, coordinador y articulador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, reconocer, otorgar, suspender y cancelar personerías jurídicas y licencias de funcionamiento a las instituciones del Sistema que prestan servicios de protección a los menores de edad o la familia y a las que desarrollen el programa de adopción".*

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

571 30 DIC 2024

REHABILITACIÓN INTEGRAL, por el termino de (2) años para desarrollar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS***, cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 4 No. 7-87, del municipio del Banco, Departamento del Magdalena; la entidad cuenta con un consultorio con una capacidad instalada de 36 cupos.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: OTORGAR la Licencia de Funcionamiento bienal por el término de dos (2) años a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** para operar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS***, cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 4 No. 7-87, del municipio del Banco, Departamento del Magdalena; la entidad cuenta con un consultorio con una capacidad instalada de 36 cupos.

ARTICULO SEGUNDO: NOTIFICAR, a través del Grupo Jurídico de la Regional - Magdalena, la presente resolución al Representante Legal de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, en los términos establecidos en los artículos 67 y ss., del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) haciéndole saber que contra ella procede el recurso de reposición ante esta Dirección Regional, el cual debe interponerse por escrito en el momento de su notificación o dentro de los diez (10) días siguientes a la misma.

ARTÍCULO TERCERO: VIGENCIA la presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

571 30 DIC 2024

ARTICULO CUARTO-. FIJAR copia de la presente resolución de manera permanente durante la vigencia y en un lugar visible de la sede administrativa ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y en la sede operativa que se encuentra ubicada en la calle 4 No. 7-87, del municipio del Banco, Departamento del Magdalena de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con **NIT 900.085.882-9**.

ARTÍCULO QUINTO. - ADVERTIR que la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** queda sometida a las normas legales y que en caso de incumplimiento se dará aplicación a la normatividad vigente, igualmente se advierte que el presente otorgamiento de la Licencia de Funcionamiento no autoriza adelantar programas de adopción, ni actividades diferentes a las consagradas en los estatutos internos de la institución y en las normas reguladoras de la prestación del servicio público de Bienestar Familiar.

ARTÍCULO SEXTO –. PUBLICAR la presente resolución en la página web del ICBF, dentro de los (15) días hábiles siguientes a la fecha de su ejecutoria.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Santa Marta, D.T.C.H., 30 DIC 2024

MARIA DEL ROSARIO BLANCO OCAMPO
Directora (E) Regional ICBF Magdalena

Aprobó: *Karen Marlen Freyle Mancilla – Coordinadora Grupo Jurídico*
Proyectó: *Andrea Carolina Ovalle Ramirez - Abogada Grupo Jurídico.*

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENES FAMIL

RESOLUCIÓN No. 575 30 DIC 2

POR LA CUAL SE OTORGA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO BIENAL POR EL TERMINO DE DOS (2) AÑOS A LA FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL CON NIT 900.085.882-9, PARA OPERAR LA MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.

LA DIRECTORA (E) DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR DE LA REGIONAL MAGDALENA

En uso de las facultades legales y estatutarias, y en especial las conferidas en la Le 7 de 1979, el artículo 78 de la Ley 489 de 1998, la Ley 1098 de 2006, el Decreto 0987 de 2012, y en las Resoluciones 3899 de 2010, 3435 de 2016, 9555 de 2016 la Resolución No. 1877 del 2 de mayo de 2024;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo con el artículo 21 de la Ley 7ª de 1979, corresponde al Institut Colombiano de Bienestar Familiar, otorgar Licencia de Funcionamiento a la instituciones o establecimientos de protección a los niños, niñas, adolescentes y su familias, le atribuye la función de señalar y hacer cumplir los requisitos d funcionamiento a dichas Instituciones.

Que, el artículo 16 de la Ley 1098 de 2006 establece que todas las personas naturale o jurídicas, con personería jurídica expedida por el Instituto Colombiano de Bienesta Familiar o sin ella, que aún con autorización de los padres o representantes legale alberguen o cuiden a niños, niñas o adolescentes, son sujetos de la vigilancia de Estado.

Que, el inciso 2 del artículo 16 del Código de la Infancia y la Adolescenci señala: *"(...) compete al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como ente recto coordinador y articulador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, reconoce otorgar, suspender y cancelar personerías jurídicas y licencias de funcionamiento las instituciones del Sistema que prestan servicios de protección a los menores d edad o la familia y a las que desarrollen el programa de adopción".*

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

575 30 DIC 2024

Que, mediante Resolución No. 2107 de fecha veintisiete (27) de agosto de 2013, emanada del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Magdalena, se reconoció Personería Jurídica a **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, con domicilio principal en la ciudad de Santa Marta, la cual estaba representada legalmente por la señora **ANGELICA MARIA ZAMORA ESCOBAR**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 26.668.309 expedida en Santa Marta.

Que, mediante Resolución No. 424 del 5 de julio de 2022, expedida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se renovó licencia de Funcionamiento Bienal a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9.**

Que, la representante legal de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, mediante oficio de fecha veintisiete (27) de septiembre de 2024, solicitó al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - Cecilia de la Fuente de Lleras, Regional Magdalena la Renovación de la Licencia de Funcionamiento cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 5 carrera 14 No. 14 - 37, en el municipio de Ciénaga, Departamento del Magdalena, para desarrollar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.***

Que, mediante memorando radicado No. 202449000000084003, la Directora Regional (E) designó equipo técnico interdisciplinario para la verificación del componente legal, Financiero, técnico y administrativo, dentro del proceso de renovación de la licencia de funcionamiento de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL**, para la modalidad de ***APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO.***

Que, como consecuencia de las verificaciones efectuadas, donde se aplicó el INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN SERVICIO COMPLEMENTARIO APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO COMPONENTE ADMINISTRATIVO IN17.IVC versión 5 de fecha 16/05/2023, la revisión documental de requisitos legales, financieros, técnicos y administrativos, el Equipo Interdisciplinario de Licencias de Funcionamiento delegado por la Directora Regional (E) del ICBF, emitió **CONCEPTO PROFESIONAL DE APROBACIÓN,** para otorgar licencia de funcionamiento bienal a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL,** por el termino de dos (2) años para desarrollar la

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

· 5 7 5 30 DIC 2024

MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 5 carrera 14 No. 14 - 37, en el municipio de Ciénaga, Departamento del Magdalena, la entidad cuenta con tres consultorios con una capacidad instalada de 108 cupos.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO-. OTORGAR la Licencia de Funcionamiento bienal por el término de dos (2) años a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** para operar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS***, cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 5 carrera 14 No. 14 - 37, en el municipio de Ciénaga, Departamento del Magdalena, la entidad cuenta con tres consultorios con una capacidad instalada de 108 cupos.

ARTICULO SEGUNDO-. NOTIFICAR, a través del Grupo Jurídico de la Regional - Magdalena, la presente resolución al Representante Legal de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, en los términos establecidos en los artículos 67 y ss., del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) haciéndole saber que contra ella procede el recurso de reposición ante esta Dirección Regional, el cual debe interponerse por escrito en el momento de su notificación o dentro de los diez (10) días siguientes a la misma.

ARTÍCULO TERCERO-. VIGENCIA la presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

575 30 DIC 2024

ARTICULO CUARTO-. FIJAR copia de la presente resolución de manera permanente durante la vigencia y en un lugar visible de la sede administrativa ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y en la sede operativa que se encuentra ubicada en la calle 5 carrera 14 No. 14 - 37, en el municipio de Ciénaga, Departamento del Magdalena, de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL identificada con NIT 900.085.882-9.**

ARTÍCULO QUINTO-. ADVERTIR que la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** queda sometida a las normas legales y que en caso de incumplimiento se dará aplicación a la normatividad vigente, igualmente se advierte que el presente otorgamiento de la Licencia de Funcionamiento no autoriza adelantar programas de adopción, ni actividades diferentes a las consagradas en los estatutos internos de la institución y en las normas reguladoras de la prestación del servicio público de Bienestar Familiar.

ARTÍCULO SEXTO –. PUBLICAR la presente resolución en la página web del ICBF, dentro de los (15) días hábiles siguientes a la fecha de su ejecutoria.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Santa Marta, D.T.C.H., 30 DIC 2024

MARIA DEL ROSARIO BLANCO OCAMPO
Directora (E) Regional ICBF Magdalena

Aprobó: *Karen Marlen Freyle Mancilla – Coordinadora Grupo Jurídico*
Proyectó: *Andrea Carolina Ovalle Ramirez – Abogada Contratista Grupo Jurídico.*

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

RESOLUCIÓN No. 572 30 DIC 2024

POR LA CUAL SE OTORGA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO BIENAL POR EL TERMINO DE DOS (2) AÑOS A LA FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL CON NIT 900.085.882-9, PARA OPERAR LA MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.

LA DIRECTORA (E) DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR DE LA REGIONAL MAGDALENA

En uso de las facultades legales y estatutarias, y en especial las conferidas en la Ley 7 de 1979, el artículo 78 de la Ley 489 de 1998, la Ley 1098 de 2006, el Decreto 0987 de 2012, y en las Resoluciones 3899 de 2010, 3435 de 2016, 9555 de 2016 y la Resolución No. 1877 del 2 de mayo de 2024;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo con el artículo 21 de la Ley 7ª de 1979, corresponde al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, otorgar Licencia de Funcionamiento a las instituciones o establecimientos de protección a los niños, niñas, adolescentes y sus familias, le atribuye la función de señalar y hacer cumplir los requisitos de funcionamiento a dichas Instituciones.

Que, el artículo 16 de la Ley 1098 de 2006 establece que todas las personas naturales o jurídicas, con personería jurídica expedida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o sin ella, que aún con autorización de los padres o representantes legales alberguen o cuiden a niños, niñas o adolescentes, son sujetos de la vigilancia del Estado.

Que, el inciso 2 del artículo 16 del Código de la Infancia y la Adolescencia señala: *"(...) compete al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como ente rector, coordinador y articulador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, reconocer, otorgar, suspender y cancelar personerías jurídicas y licencias de funcionamiento a las instituciones del Sistema que prestan servicios de protección a los menores de edad o la familia y a las que desarrollen el programa de adopción".*

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

572 30 DIC 2024

Que, mediante Resolución No. 2107 de fecha veintisiete (27) de agosto de 2013, emanada del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Magdalena, se reconoció Personería Jurídica a **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, con domicilio principal en la ciudad de Santa Marta, la cual estaba representada legalmente por la señora **ANGELICA MARIA ZAMORA ESCOBAR**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 26.668.309 expedida en Santa Marta (Magdalena).

Que, mediante Resolución No. 428 del 5 de julio de 2022, expedida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se renovó licencia de Funcionamiento bienal a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9.**

Que, la representante legal de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9**, mediante oficio de fecha veintisiete (27) de septiembre de 2024, solicitó al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - Cecilia de la Fuente de Lleras, Regional Magdalena la Renovación de la Licencia de Funcionamiento cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 14A No. 23 - 35 Municipio de Plato, Departamento del Magdalena, para desarrollar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.***

Que, mediante memorando radicado No. 202449000000084003, la Directora Regional (E) designó equipo técnico interdisciplinario para la verificación del componente legal, Financiero, técnico y administrativo, dentro del proceso de renovación de la licencia de funcionamiento de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL,** para la modalidad de ***APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO.***

Que, como consecuencia de las verificaciones efectuadas, donde se aplicó el INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN SERVICIO COMPLEMENTARIO APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO COMPONENTE ADMINISTRATIVO IN17.IVC versión 5 de fecha 16/05/2023, la revisión documental de requisitos legales, financieros, técnicos y administrativos, el Equipo Interdisciplinario de Licencias de Funcionamiento delegado por la Directora Regional (E) del ICBF, emitió **CONCEPTO PROFESIONAL DE APROBACIÓN,** para otorgar licencia de funcionamiento bienal a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL,** por el termino de dos (2) años para desarrollar la

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

572 30 DIC 2024

MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 14A No. 23 - 35 Municipio de Plato, Departamento del Magdalena; la entidad cuenta con un consultorio con una capacidad instalada de 36 cupos.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO-. OTORGAR la Licencia de Funcionamiento bienal por el término de dos (2) años a la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** para operar la ***MODALIDAD DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS***, cuya sede administrativa se encuentra ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y cuya sede operativa se encuentra ubicada en la calle 14A No. 23 - 35 Municipio de Plato, Departamento del Magdalena; la entidad cuenta con un consultorio con una capacidad instalada de 36 cupos.

ARTICULO SEGUNDO-. NOTIFICAR, a través del Grupo Jurídico de la Regional - Magdalena, la presente resolución al Representante Legal de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** en los términos establecidos en los artículos 67 y ss., del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) haciéndole saber que contra ella procede el recurso de reposición ante esta Dirección Regional, el cual debe interponerse por escrito en el momento de su notificación o dentro de los diez (10) días siguientes a la misma.

ARTÍCULO TERCERO-. VIGENCIA la presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena
Dirección Regional
Publica

BIENESTAR FAMILIAR

572 30 DIC 2024

ARTICULO CUARTO-. FIJAR copia de la presente resolución de manera permanente durante la vigencia y en un lugar visible en la sede administrativa ubicada en la carrera 3ª No. 18 – 27 Rodadero, del municipio de Santa Marta, Departamento del Magdalena y en la sede operativa ubicada en la calle 14A No. 23 - 35 Municipio de Plato, Departamento del Magdalena, de la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL identificada con NIT 900.085.882-9**, y

ARTÍCULO QUINTO-. ADVERTIR que la **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL** identificada con NIT **900.085.882-9,** queda sometida a las normas legales y que en caso de incumplimiento se dará aplicación a la normatividad vigente, igualmente se advierte que el presente otorgamiento de la Licencia de Funcionamiento no autoriza adelantar programas de adopción, ni actividades diferentes a las consagradas en los estatutos internos de la institución y en las normas reguladoras de la prestación del servicio público de Bienestar Familiar.

ARTÍCULO SEXTO –. PUBLICAR la presente resolución en la página web del ICBF, dentro de los (15) días hábiles siguientes a la fecha de su ejecutoria.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Santa Marta, D.T.C.H., 30 DIC 2024

MARIA DEL ROSARIO BLANCO OCAMPO
Directora (E) Regional ICBF Magdalena

Aprobó: *Karen Marlen Freyle Mancilla – Coordinadora Grupo Jurídico*
Proyectó: *Andrea Carolina Ovalle Ramirez – Abogada Contratista- Grupo Jurídico.*

OBLIGACIONES EJE DE CALIDAD

FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

NIT. 900085882-9

Elaboró: Administración
Aprobó: Calidad
Revisó: Junta Directiva
Código:
Versión: 2
Fecha: Julio 2022

ACTA DE APERTURA DE BUZÓN

El día **27** del mes de **FEBRERO** del año **2026** , se hace apertura del buzón ubicado en la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL en la sede del Municipio de **PIVIJAY** del Departamento de Magdalena, con el objetivo de revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRS) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la sede antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta en los términos establecidos en la normatividad vigente, las cuales se relacionan a continuación:

PETICIÓN RECIBIDA	QUEJA RECIBIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE LA ELEVA	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN	OBSERVACIÓN
Felicitación	N/A	Maira Castillo	24-02-26	El Servicio Me Parece Excelente	N/A
Comunicación	N/A.	Linda Michell Castas.	24-02-26	Me siento escuchada todavia no me siento en confianza.	N/A

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia:
El dia 27 de febrero se realiza apertura de buzon evidenciadose 2 formatos de felicitacion y 1 comunicacion por la atencion recibida.

En constancia de lo anterior se firma la presente por quienes estuvieron presentes.

Asistentes		
Nombre	Cargo	Firma
Kellis Solano P	Psicologa	
//	//	//

	PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES		
NOMBRE:	Maria Castillo	FECHA:	24 febrero
DIRECCION:	Calle 9 N-8:33	TELEFONO:	3135082582
MUNICIPIO:	Pivijay.		
MODALIDAD:	Apoyo Psicologico Especializado		
CORREO ELECTRONICO:			

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

CORREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	X	☐	☐	☐

Motivo:

atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación
___	___	___	___	X	___

información	otro
___	___

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

El servicio me parece excelente..

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Keris Solano	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			24	02	2026

	SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES		BIENESTAR FAMILIAR
NOMBRE:	Linda michell	FECHA:	24-02-26
DIRECCION:	Calle 9 #8-33	TELEFONO:	3013508252
MUNICIPIO:	Caimbio		
MODALIDAD:	Apoyo Psicologico.		
CORREO ELECTRONICO:			

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

CORREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	X	☐	☐	☐

Motivo:

Atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación	información	otro
___	___	___	___	X	___	___	___

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

pues normal me siento escuda solo que todabia no me siento en comfianza de decir todo lo dernii ta antencion me siento normal ni aberridora ni divertida

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Kellis Solano	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			24	02	2026

	FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL NIT. 900085882-9	Elaboró Administración Aprobó Calidad Revisó Junta Directiva Código: Versión: 2 Fecha: Julio 2022

ACTA DE APERTURA DE BUZÓN

El día 20 del mes de Febrero del año 2026, se hace apertura del buzón ubicado en la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL en la sede del Municipio de Fundación del Departamento de Magdalena, con el objetivo de revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRS) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la sede antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta en los términos establecidos en la normatividad vigente, las cuales se relacionan a continuación:

PETICIÓN RECIBIDA	QUEJA RECIBIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE LA ELEVA	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN	OBSERVACIÓN
1	101	Luz Polo	20 feb.	Quiero que mi hija mejore su actitud	Nueva en el servicio
101	101	101	101	101	101

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia:
utilización del uso del buzon de sugerencias al nuevo ingreso

En constancia de lo anterior se firma la presente por quienes estuvieron presentes.

Asistentes		
Nombre	**Cargo**	**Firma**
Maria Gomez	Psicologa	Maria Gomez
Rosa tapias.	Psicologa	Rosa tapias

	PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES		BIENESTAR FAMILIAR
NOMBRE:	Luz Polo.	FECHA:	20 febrero
DIRECCION:	Esmeralda	TELEFONO:	
MUNICIPIO:			
MODALIDAD:	Especializado.		
CORREO ELECTRONICO:			

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

CORREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	☒	☐	☐	☐

Motivo:

Atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación
___	___	___	___	___	___

Información	otro
___	___

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

Quiero que mi hija mejore su actitud

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			20	02	20

FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

NIT. 900085882-9

Elaboró: Administración
Aprobó: Calidad
Revisó: Junta Directiva
Código:
Versión: 2
Fecha: Julio 2022

ACTA DE APERTURA DE BUZÓN

El dia **20** del mes de **FEBRERO** del año **2026** , se hace apertura del buzón ubicado en la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL en la sede del Municipio de **PIVIJAY** del Departamento de Magdalena, con el objetivo de revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRS) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la sede antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta en los términos establecidos en la normatividad vigente, las cuales se relacionan a continuación:

PETICIÓN RECIBIDA	QUEJA RECIBIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE LA ELEVA	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN	OBSERVACIÓN
felicitación	N/A	Ana Mary Hernandez	05-02-26	Ami me han gustado las actividades porque me he sentido bien emocionalmente	Se observa apertura y disposicion
felicitación	N/A	Marcis Navarro	05-02-26	La atención es muy buena, me encanta la atencion	N/A
felicitación	N/A	Dina luz Pacheco.	06-02-26	He gusto lo que me enseñan la felicito felicito el programa.	N/A
felicitación	N/A	Valentina Bocanegra	10-02-26	Es una buena atencion Por parte de la psico	N/A
felicitación	N/A	Maria de Jesus fontalvo	10-02-26	Me parece super bien este lugar ya tuve me atienden muy bien y me gusta venir.	N/A

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia:
El dia 20 de febrero de 2026 Se realiza apertura de buzon, Evidencian se 5 formatos de felicitaciones diligenciados por la atencion recibida.

En constancia de lo anterior se firma la presente por quienes estuvieron presentes.

FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

NIT. 900085882-9

Aprobó: Calidad.
Revisó: Junta Directiva
Código:
Versión: 2
Fecha: Julio 2022

Asistentes		
Nombre	Cargo	Firma
Kelly Solano P.	Psicologa.	
//	//	//

	PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES		BIENESTAR FAMILIAR
NOMBRE:	Marivis Navarro	FECHA:	5 de febrero
DIRECCION:	Calle 2 Cra 5	TELEFONO:	3234497440
MUNICIPIO:	Medialuna.		
MODALIDAD:	Apoyo Psicologico Especializado		
CORREO ELECTRONICO:			

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

COOREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	☒	☐	☐	☐

Motivo:

Atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación
X	___	___	___	X	___

información	otro
___	___

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

La tencion es muy buena.

mencona. La tencion.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Kelly Solano	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			05	02	26

	PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES		BIENESTAR FAMILIAR
NOMBRE:	Ana Mary	FECHA:	05-02-26
DIRECCION:	Calle 2 Cra 5-435	TELEFONO:	3148658377
MUNICIPIO:	Hedraluna Magdalena		
MODALIDAD:	Apoyo Psicologico		
CORREO ELECTRONICO:			

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

COOREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	☒	☐	☐	☐

Motivo:

Atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación
X	___	___	___	✓	___

información	otro
___	___

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

A mi me An gustado las Actividades Por Que He sentido bien Emocionalmente

Muchas Felicidades A la Doctora.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Keylis Solano	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			05	02	26

	PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES		BIENESTAR FAMILIAR
NOMBRE:	Dina luz	FECHA:	26 02 2026
DIRECCION:	Calle 17 cra 19	TELEFONO:	324 527 22 61
MUNICIPIO:	pipijos		
MODALIDAD:			
CORREO ELECTRONICO:			

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

COOREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	☒	☐	☐	☐

Motivo:

Atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación	información	otro
___	___	___	___	X	___	___	___

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

me gusto lo que me enseñaron
felisito el erograma que me enseño
lor

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Keyris Solano	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			06	02	2026

	PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES		BIENESTAR FAMILIAR
NOMBRE:	Valentina Bocanegra	FECHA:	10-02-24
DIRECCION:	Carrera 6 #78-25.	TELEFONO:	3127001866
MUNICIPIO:	Piwijay.		
MODALIDAD:	Apoyo Psicologico.		
CORREO ELECTRONICO:	bocanegrasanabriavalentina@gma		

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

COOREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	☒	☐	☐	☐

Motivo:

Atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación
X	___	___	___	___	___

información	otro
___	___

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

Es una buena atencion por parte de la psicologa.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Kelly Solano.	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			10	02	2026.

	PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES		BIENESTAR FAMILIAR
NOMBRE:	Maria	FECHA:	10/02/2
DIRECCION:	Cra 6# 18-25	TELEFONO:	3176767
MUNICIPIO:	Dibisay magdalena		
MODALIDAD:	Apoyo Psicologico Especial		
CORREO ELECTRONICO:			

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

COOREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	X	☐	☐	☐

Motivo:

Atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación
___	___	___	___	X	___

información	otro
___	___

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

me parece super bien este lugar ya que me atienden bien. y me gusta venir aqui

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Maria	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			10	02	24

NIT. 900085882-9 | Versión: 2 | Fecha: Julio 2022

ACTA DE APERTURA DE BUZÓN

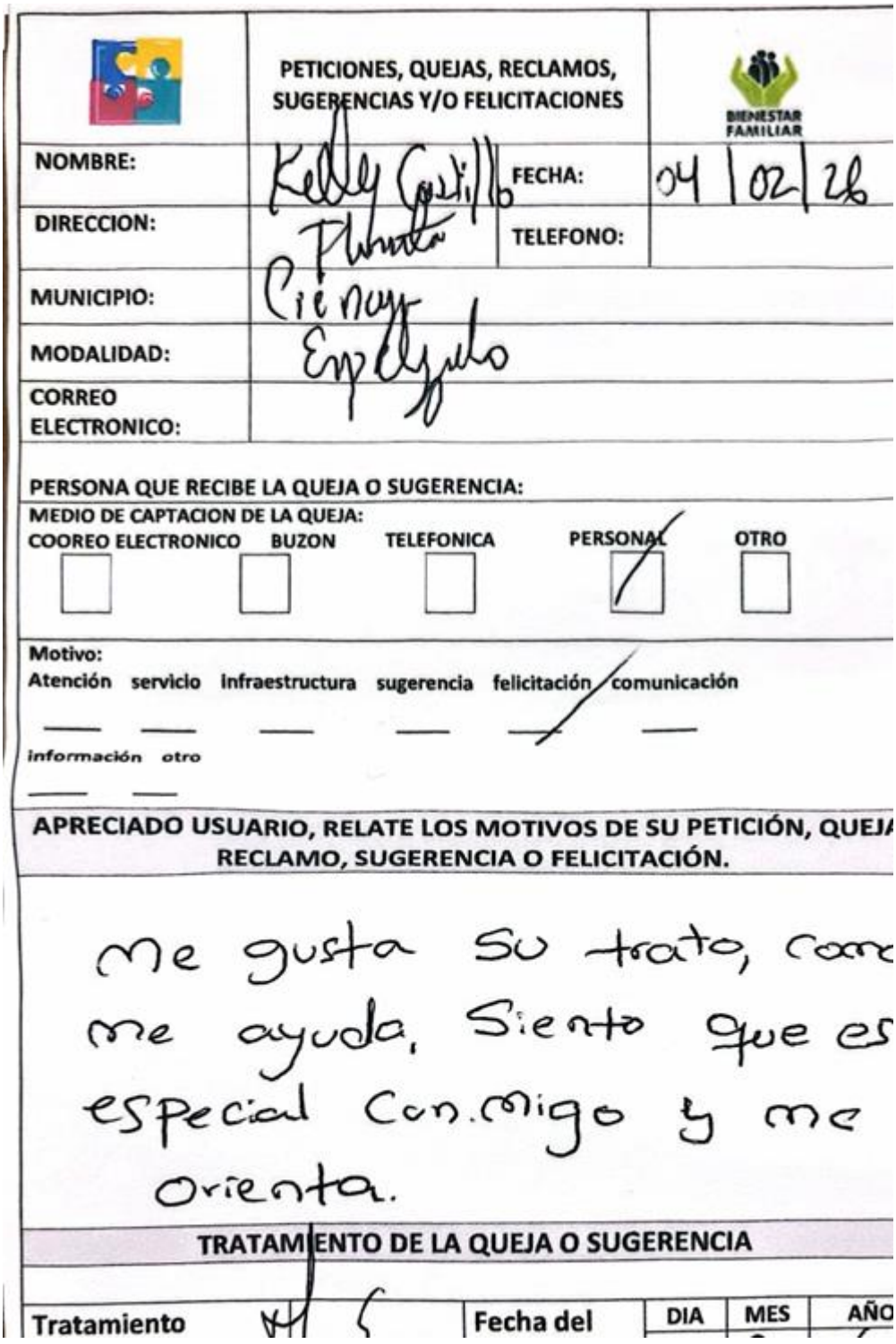
El día 06 del mes de Febrero del año 2026, se hace apertura del buzón ubicado en la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL en la sede del Municipio de C. Enuga del Departamento de Magdalena, con el objetivo de revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRS) entregadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias en la sede antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta en los términos establecidos en la normatividad vigente, las cuales se relacionan a continuación:

PETICIÓN RECIBIDA	QUEJA RECIBIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE LA ELEVA	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN	OBSERVACIÓN
1	Ninguna	Kelly Castillo	04/02/26	Me gusta su taller, Como me ayuda, gusto que es apenas Comienzo.	Ninguna
2	Ninguna	Deivy Cantero	06/02/26	me parece bueno la psicologa, la Gina me abanzado	Ninguna
3	Ninguna	Sandith Lopez	06/02/26	me sentí bien ya que fue en forma de cine gente hubo y María hay Como en muchas ocasiones	Ninguna

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia:
Se realiza el respectivo POR con la información encontrada en el buzón de sugerencias de la Fundación Rehabilitación Integral.

En constancia de lo anterior se firma la presente por quienes estuvieron presentes.

Asistentes		
Nombre	Cargo	Firma
Yuri Sierra Reyes	Practica	
Ellen Salgado	Psicóloga	
YAIRA PEREIRA	PSICOLOGA	



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	Kelly Castillo	FECHA:	04 | 02 | 26
DIRECCION:	Ptbonita	TELEFONO:	
MUNICIPIO:	Cienaga		
MODALIDAD:	Empleado		
CORREO ELECTRONICO:			

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

COOREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	☐	☐	☑	☐

Motivo:

Atención	servicio	Infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación	información	otro
___	___	___	___	___	___	___	___

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

Me gusta su trato, como me ayuda, Siento que es especial Conmigo y me orienta.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento		Fecha del	DIA	MES	AÑO

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE:	Deicy Cortes	**FECHA:**	6 febrero 2026
DIRECCION:	—	**TELEFONO:**	3017803712
MUNICIPIO:	Ciénaga		
MODALIDAD:	especializado.		
CORREO ELECTRONICO:	—		

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

COOREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	☒	☐	☐	☐

Motivo:

Atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación
—	—	—	—	X	—

información	otro
—	—

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

me parece buena la sicologa, la niña ha abanzado.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

			DIA	MES	AÑO
Tratamiento realizado por:	Elisa.	**Fecha del tratamiento**	6	2	2026

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	[illegible]	**FECHA:**	6-2-26
DIRECCION:		**TELEFONO:**	
MUNICIPIO:	Ciénaga		
MODALIDAD:	Fondo de apoyo familiar		
CORREO ELECTRONICO:			

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

COOREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	☐	☐	☑	☐

Motivo:

Atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación
___	___	___	___	___	___

información	otro
___	___

APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

Me sentí bien ya que fue un tema el cual verdaderamente quería hablar y maría hoy sonío en varias ocasiones:

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
	[illegible]		6	2	26

PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
FORMATO LISTADO DE DOCUMENTOS Y CONTROL DE CAMBIOS

F23.G7.ABS
Versión 2
Página 1 de 1
24/11/2021
Clasificación de la Información
Pública

EMPRESA	**FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL**
RESPONSABLE	**AREA DE CALIDAD Y SIGE**

Nº	NOMBRE DEL DOCUMENTO UTILIZADO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	VERSIÓN	CONTROL DE CAMBIOS REALIZADO
1	Protocolo manejo PQRS	1/07/2024	2	Ajustes en espacios y datos solicitados en formatos adjuntos
2	Formato Entrega EPP	ene-25	2	Ajustado los espacios
3	plan de saneamiento basico	ene-22	2	Ajustes en informacion por terminologia tecnica
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				

Ac
Ve

OBLIGACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

NIT. 900085882-9

Elaboró: Administración
Aprobó: Calidad.
Revisó: Junta Directiva.
Código:
Versión: 2
Fecha: Julio 2022

FORMATO ENTREGA ELEMNTOS DE PROTECCION PERSONAL

No.	FECHA	EPP ENTREGADO	CANTIDAD	FIRMA
1	10 Febrero	Guantes talla xl	Paq x 2	
2	28 Febrero.	Guantes talla xl	Paq x 2	Yenis Polo
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

NOTA: Se entrega de protección personal (EPP) de acuerdo con la labor que realiza y el peligro expuesto

Página 1 de 1

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

Página 1 de 4

NIT. 800033723

CALLE 70 N 46 -56 3657980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1196525

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION

1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACIÓN [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 31/12/2024	EMPRESA: PARTICULARES SO		
NOMBRE: ELISA MARGARITA VELASQUEZ BECERRA			DOC. IDENTIDAD: CC 28717964
CARGO: PSICOLOGA			EDAD: 48 AÑOS
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 1976-05-29		EPS: SALUD TOTAL
DIRECCIÓN: CR 12 5 26 CIENAGA			TELEFONO: 3014311166
PESO: 87 Kg	TALLA: 166 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 35.75



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE PREINGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[ ]	[X]
2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO	[X]	[ ]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [X]	2. AUDITIVO [X]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [X]	7. OTROS [ ]

RELACIONES SI [ ] NO [X]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [ ] NO [X]

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN, PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.

SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTULARES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS,SE RECOMIENDA HACER CAMBIOS FRECUENTES DE ACTIVIDAD PARA DEJAR DESCANSAR LOS GRUPOS MUSCULARES DE LAS MANOS Y LOS ANTEBRAZOS, HACER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS CON LOS ANTEBRAZOS, MANOS Y DEDOS ANTES Y DESPUÉS DE INICIAR TAREAS DONDE SE UTILICEN LOS MIEMBROS SUPERIORES.

SE SUGIERE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE CUMPLAN CON LA NORMATIVIDAD TÉCNICA, LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS Y EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES QUE PROCUREN Y MANTENGAN LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN LOS LUGARES Y AMBIENTES DE TRABAJO, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, CAPACITACIÓN Y VERIFICACIÓN EN USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO.

SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE SVE EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES.

CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD, AVISOS Y SEÑALES DE SEGURIDAD. SIGUIENDO LAS NORMAS Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD DENTRO DE LAS INSTALACIONES PARA GARANTIZAR AMBIENTES SEGUROS DE TR LOS IO.

PREVENCION DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGOS:

RECOMENDACIONES HIGIENE VISUAL, HIGIENE POSTURAL ADECUADA, ERGONOMÍA VISUAL: EL DISEÑO Y DOTACIÓN DE LOS EQUIPOS PARA LOS PUESTOS DE TRABAJO PREVISTOS PARA TAREAS DE OFICINA QUE EMPLEAN TERMINALES CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN.

DESCANSA DE LA PANTALLA, TUS OJOS TAMBIÉN SON MUY IMPORTANTES Y NECESITAN DESCANSO DE FORMA PERIÓDICA. CADA 30 MINUTOS, RETIRA TU VISTA DE LA PANTALLA Y MIRA A OTROS OBJETOS COMO UNA VENTANA, UN RELOJ, UN ESCRITORIO O UNA PUERTA. ESTO AYUDA A PROMOVER EL MOVIMIENTO OCULAR Y DISMINUIR LAS PROBABILIDADES DE IRRITACIÓN DE LOS OJOS Y DOLORES DE CABEZA. TAMBIÉN ES MUY IMPORTANTE TENER LA PANTALLA COLOCADA DE FORMA QUE NUESTRO CUELLO SE MANTENGA RECTO, CONTRIBUYEN A TENER UN MEJOR RENDIMIENTO Y UNA MENOR FATIGA VISUAL (NTC 5831).



Jeison Guette Corro
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM: 471467 Licencia: 3558/15

NOMBRE DE LA EMPRESA: FUNDACION REHABILITACIÓN INTEGRAL	**FECHA:** 18/11/2025

TIPO DE VALORACIÓN CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

INGRESO X **PERIODICO** **EGRESO**

TRABAJADOR: Yaritza Isabel Pereira Parra C.C 1221969886
CARGO: Profesional de Psicología **SEXO**: F **EDAD**: 29 AÑOS

INFORME:

EXAMEN	R	NR	
Md Osteomuscular	X		
Visiometría		-	
Espirometría		-	
Laboratorios		-	

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN MÉDICA DE INGRESO

Apto para el cargo X
Apto con restricción
Aplazado
No apto
Recomendaciones Específicas: Ninguna

Sin patología aparente X Con patología aparente
Motivo: Sin restricciones para el cargo
Motivo:
Motivo:

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar su labor Recomendación
Se sugiere Reubicación Laboral Temporal Permanente Reasignar tareas
Apto para trabajar en altura No apto para trabajar en altura Aplazado para alturas

EXAMEN DE EGRESO

Satisfactorio No satisfactorio Motivo:

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas **Ocupacional** X Hábitos y estilos de vida saludable
Remisión a EPS Uso de EPP X Inicio de actividad física
Continuar manejo medico Ingreso al SVE Dejar de fumar
Remisión ARL Carga física ruido Control del peso
Citología vaginal Radiológico Otro
Psicolaboral

Certifico no he omitido información de mi estado de salud. Todo puede ser confirmado y verificado.

DR. JEISON GUETTE CORRO MD SST LIC. 3558/15

YARITZA PEREIRA P.
Firma Trabajador(a), C.C.

Red de Promocion y Prevencion en salud ocupacional S.A.S
Nit: 0900412223-9
Direccion . Kra 9 N 7-12
Cel 3003661345



MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en SaludOcupacional
RM:2901 Rus SO 2138

Identificacion	1081911107

Nombre del Paciente: **ROSA ANGELINA TAPIAS ACOSTA**

Empresa: **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL**
Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO	37 AÑOS	SOLTERO	PROFESIONAL	FUNDACION-Mag	4/12/2025
Objetivo:	INGRESO		E.P.S. Afiliado:		CONTRATO
CARGO	PSICÓLOGA			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente Fueron consignados en una Historia Clinica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :
- ☑ APTO para el Cargo
- ☐ APTO con Restricciones
- ☐ NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO
- ☐ Satisfactoria
- ☐ NO Satisfactoria

Valoracion por: ☐ E.P.S ☐ A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Cardio Vascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologico
☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR-HERNIAS.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclinico(s)ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza yproposito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el riesgos, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OS SALUD IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a VISIONAMOS SALUD IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD LIBRE
RESOLUCION 2138 - 7 DE MAYO 2021

MILEDHYS MORENO MOSQUERA RM 2901 Rus SO 2138

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Red de Promocion y Prevencion
en salud ocupacional S.A.S
Nit: 0900412223-9
Direccion . Kra 9 N 7-12
Cel 3003661345

MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en Salud Ocupacional
RM:2901 Rvs SO 01760

Identificación	1.081.916.727

Nombre del Paciente: MARIA ALEJANDRA GAMEZ GAMEZ

Empresa: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA	
FEMENINO	35 AÑOS	SOLTERO	PROFESIONAL	FUNDACION-Mag	15/11/2025	
Objetivo:	INGRESO		E.P.S. Afiliado:	SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO	CONTRATO	
CARGO	PSICOLOGA			Estrato:		

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente Fueron consignados en una Historia Clinica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :

- [x] APTO para el Cargo
- [ ] APTO con Restrinciones
- [ ] NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO

- [ ] Satisfactoria
- [ ] NO Satisfactoria

Valoracion por: [ ] E.P.S [ ] A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[ ] Auditivo [ ] Visual [ ] Cardio Vascular [ ] Respiratorio [ ] Ergonomico [ ] Dermatologico
[ ] Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ,

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s)ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza ypropósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el ropósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OS SALUD IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autoriz o a VISIONAMOS SALUD IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documen to, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

MILEDHYS MORENO MOSQUERA RM:2901 Rvs SO 01760

Firma y Huella del Pciente o Responsable

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

Página 1 de 1

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 762734

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIóDICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACIóN [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 12/01/2023	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES SO		
NOMBRE: YANINA ALEJANDRA TORRES BAYONA		DOC. IDENTIDAD: CC 1082851012	
CARGO: SUPERVISORA			EDAD: 36 AÑOS
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 1986-07-13	EPS: OTRA NO ESPECIFICADA	
DIRECCIÓN: MZ K CASA 3 VILLA DANIA		TELEFONO: 3012263345	
PESO: 100 Kg	TALLA: 165 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 36.73



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE PREINGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR APTO	[X]	[ ]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [X]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [X]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [ ] NO [X]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [ ] NO [X]

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓNPAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA,SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS,SE RECOMIENDA HACER CAMBIOS FRECUENTES DE ACTIVIDAD PARA DEJAR DESCANSAR LOS GRUPOS MUSCULARES DE LAS MANOS Y LOS ANTEBRAZOS, HACER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS CON LOS ANTEBRAZOS, MANOS Y DEDOS ANTES Y DESPUÉS DE INICIAR TAREAS DONDE SE UTILICEN LOS MIEMBROS SUPERIORES.

SE SUGIERE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE CUMPLAN CON LA NORMATIVIDAD TECNICA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO,LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS Y EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES QUE PROCUREN Y MANTENGAN LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN LOS LUGARES Y AMBIENTES DE TRABAJO,DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
TODAS LAS ANTERIORES ACTIVIDADES PUEDEN SER REALIZADAS POR LA EMPRESA CON EL DIRECCIONAMIENTO Y ASESORÍA DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL).
CONTINUAR CONTROL EPS PESO SANO.

CONCEPTOS OCUPACIONALES

OBSERVACIONES Y/O REMISIONES

ISSAC HUBERTO JIMENEZ ARZUZA
CC 72172784
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 4716-03
RS. SO: 5398-16

YANINA ALEJANDRA TORRES BAYONA
CC 1082851012
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA
CARRERA 5 N 26B-23 3187117423

Imprimió: NIYIRETH ODALMIS SANCHEZ MALDONADO

Fecha de Impresión: 12/01/2023 - 09:20

SOFTWARE: SIIS SIIS v.2.0- Tel: (2) 4850430

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL *Transformando vidas*

BIENESTAR FAMILIAR

CONVENIO 47006662025
SUSCRITO ENTRE ICBF Y LA FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO

Red de Promocion y Prevencion en salud ocupacional S.A.S
Nit: 0900412223-9
Direccion . Kra 9 N 7-12
Cel 3003661345



MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en SaludOcupacional
RM:2901 Rvs SO 2138

Identificacion	1221963655

Nombre del Paciente: **KATTY VANESSA GONZÁLEZ GAVIRIA**

Empresa: **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL**
Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO	31 AÑOS	SOLTERO	PROFESIONAL	FUNDACION-Mag	**4/12/2025**
Objetivo:	INGRESO		E.P.S. Afiliado:		CONTRATO
CARGO	**COORDINADORA**			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente Fueron consignados en una Historia Clinica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :

- [x] APTO para el Cargo
- [ ] APTO con Restrinciones
- [ ] NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO

- [ ] Satisfactoria
- [ ] NO Satisfactoria

Valoracion por: [ ] E.P.S [ ] A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- [ ] Auditivo
- [ ] Visual
- [ ] Cardio Vascular
- [ ] Respiratorio
- [ ] Ergonomico
- [ ] Dermatologico
- [ ] Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR-HERNIAS.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), arealizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s)ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza ypropósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el ropósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OS SALUD IPS. . Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autoriz o a VISIONAMOS SALUD IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documen to, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD LIBRE
RESOLUCION 2138 / 7 DE MAYO 2021

MILEDHYS MORENO MOSQUERA RM:2901 Rvs SO 2138

Katty G.

Firma y Huella del Pciente o Responsable

Red de Promocion y Prevencion en salud ocupacional S.A.S
Nit: 0900412223-9
Direccion . Kra 9 N 7-12
Cel 3003661345



MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en SaludOcupacional
RM:2901 Rus SO 2138

Identificacion	1.143.367.320

Nombre del Paciente: **FRANCYS MARGARITA RANGEL CHÁVEZ**

Empresa: **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS**
Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO	33 AÑOS	SOLTERO	PROFESIONAL	FUNDACION-Mag	9/01/2026
Objetivo:	INGRESO		E.P.S. Afiliado:		CONTRATO
CARGO :	APOYO PSICOLOGICO			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente Fueron consignados en una Historia Clinica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :
- [x] APTO para el Cargo
- [ ] APTO con Restricciones
- [ ] NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

ALTURAS	
Espacios Confinados	
TETS SPICOSENSOMETRICO	

CONCEPTO EGRESO
- [ ] Satisfactoria
- [ ] NO Satisfactoria

Valoracion por: [ ] E.P.S [ ] A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[ ] Auditivo [ ] Visual [ ] Cardio Vascular [ ] Respiratorio [ ] Ergonomico [ ] Dermatologico
[ ] Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), analizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s)ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza apropósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OI SALUD IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a a VISIONAMOS SALUD IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Universidad del Norte

MILEDHYS MORENO MOSQUITRA RM 2901 Rus SO 01760

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Red de Promocion y Prevencion en salud ocupacional S.A.S
Nit: 0900412223-9
Direccion . Kra 9 N 7-12
Cel 3003661345



MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en SaludOcupacional
RM:2901 Rvs SO 2138

Identificacion	1.221.963.773

Nombre del Paciente: **MARIA EMMA MARQUEZ PAZ**

Empresa: **FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL**
Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO	31 AÑOS	UNION LIBRE	PROFESIONAL	FUNDACION-Mag	5/01/2026
Objetivo:	INGRESO		E.P.S. Afiliado:		CONTRATO
CARGO :	PSICOLOGA			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente Fueron consignados en una Historia Clinica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :
- ☑ APTO para el Cargo
- ☐ APTO con Restrinciones
- ☐ NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO
- ☐ Satisfactoria
- ☐ NO Satisfactoria

Valoracion por: ☐ E.P.S ☐ A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Cardio Vascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologico
☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR-HERNIAS.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), arealizar en mi el examen médico y/o paraclinico(s)ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza ypropósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el repósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OS SALUD IPS., Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autoriz o a VISIONAMOS SALUD IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documen to, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

MILEDHYS MORENO MOSQUERA RM.2901 Rvs SO 01760

Firma y Huella del Paciente o Responsable

VIDAMED
SALUD INTEGRAL
NIT. 901.679.492-3
Dir. Calle 22 # 18 a -34
Santa Marta, Magdalena
Cel. 320 7058980
info@ipsvidamed.com
web. Ipsvidamed.com

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

Tipo examen	Ingreso		Periódico	x	Retiro		Cambio de Cargo		Reintegro o post incapacidad		Fecha	23/01/2026

Nombre	Kellis del Carmen Solano Peralta		Cedula	1134331340	Edad	35
Genero	Femenino	Celular	3007465250			
Profesión	Psicóloga	Entidad	FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL			
Cargo	Psicóloga	Antigüedad	NA			
EPS	Famisanar	Ciudad	Pivijay, Magdalena			

CONCEPTO

Hago constar que en la fecha, se examinó al trabajador y/p aspirante suscrito, dentro del examen solicitado con el siguiente cuadro de valoración

APTO CON RECOMENDACIONES PARA LA EJECUCION DEL CARGO	X	
APTO CON RESTRICCIONES PARA LA EJECUCION DEL CARGO		
APTO PARA EL EGRESO		
NO APTO PARA LA EJECUCION DEL CARGO		
EGRESO NO SATISFACTORIO		

CONDUCTA

RESTRICCIONES	RECOMENDACIONES
NINGUNA	ESTILO DE VIDA SALUDABLE

NOTA: Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador. Se realizó evaluación de medicina ocupacional con énfasis osteomuscular por profesional especialista.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al doctor (A) a bajo mencionado para realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendo y he tenido la oportunidad de analizar el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al Doctor (a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MEDICO	PACIENTE
Firma:	Firma:
Nombre: JUAN B. CONTRERAS BRITO	NOMBRE: KELLIS DEL CARMEN SOLANO PERALTA
R.M. 854 L.S.O. 0629	CC. 1134331340

Red de Promocion y Prevencion en salud ocupacional S.A.S
Nit: 0900412223-9
Direccion . Kra 9 N 7-12
Cel 3003661345



MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en SaludOcupacional
RM:2901 Rvs SO 01760

Identificacion	36.665.604

Nombre del Paciente: **CAROLINA SUMALABE GUERRERO**

Empresa: **FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL**
Direccion: Cr 3ª No 18-27 Rodadero (Santa Marta) Colombia

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO	48AÑOS	SOLTERO	PROFESIONAL	FUNDACION-Mag	13/01/2026
Objetivo:	INGRESO		E.P.S. Afiliado:		CONTRATO
CARGO	**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados Paraclinicos y Valoración del Paciente Fueron consignados en una Historia Clínica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :

- [x] APTO para el Cargo
- [ ] APTO con Restrinciones
- [ ] NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO

- [ ] Satisfactoria
- [ ] NO Satisfactoria

Valoracion por: [ ] E.P.S [ ] A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[ ] Auditivo [ ] Visual [ ] Cardio Vascular [ ] Respiratorio [ ] Ergonomico [ ] Dermatologico
[ ] Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ,

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

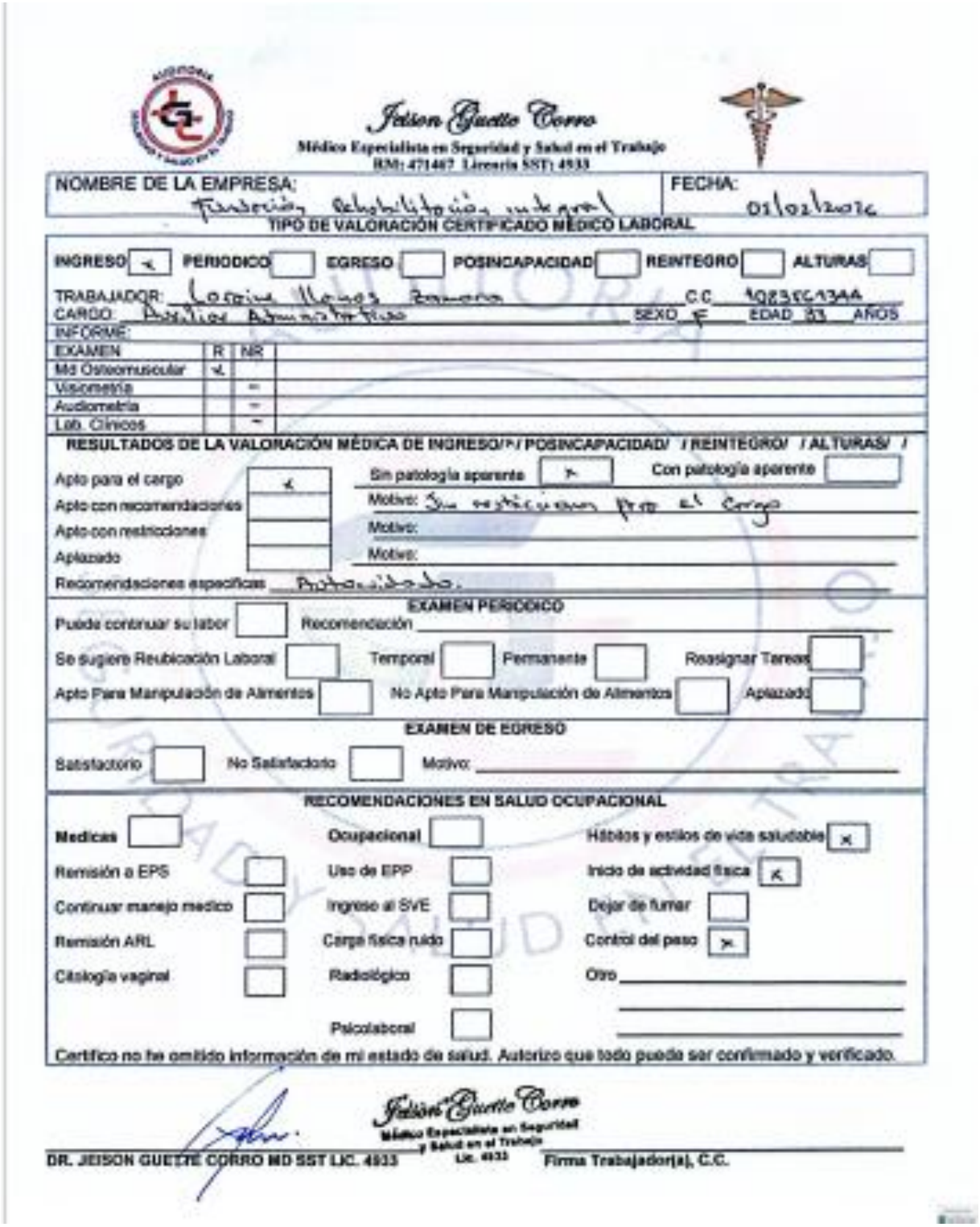
GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), arealizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s)ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza ypropósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el ropósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OS SALUD IPS.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a VISIONAMOS SALUD IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documen to, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Miledhys Moreno M.

MILEDHYS MORENO MOSQUERA RM:2901 Rvs SO 01760

Firma y Huella del Pciente o Responsable



Jeison Guette Corro
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM: 471467 Licencia SST: 4933

NOMBRE DE LA EMPRESA: Fundación Rehabilitación integral
FECHA: 01/02/2024

TIPO DE VALORACIÓN CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

INGRESO: X PERIODICO: EGRESO: POSINCAPACIDAD: REINTEGRO: ALTURAS:

TRABAJADOR: Loreine Hoyos Romero C.C. 1083561344
CARGO: Auxiliar Administrativo SEXO: F EDAD: 33 AÑOS
INFORME:

EXAMEN	R	NR
Ms Osteomuscular	X	
Visiometria		-
Audiometria		-
Lab. Clinicos		-

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN MÉDICA DE INGRESO/ / PERIODICO/ / POSINCAPACIDAD/ / REINTEGRO/ / ALTURAS/ /

Apto para el cargo: X
Apto con recomendaciones:
Apto con restricciones:
Aplazado:

Sin patología aparente: X Con patología aparente:
Motivo: Sin restricciones para el cargo
Motivo:
Motivo:

Recomendaciones especificas: Protocolizado.

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar su labor: Recomendación:
Se sugiere Reubicación Laboral: Temporal: Permanente: Reasignar Tareas:
Apto Para Manipulación de Alimentos: No Apto Para Manipulación de Alimentos: Aplazado:

EXAMEN DE EGRESO

Satisfactorio: No Satisfactorio: Motivo:

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas: Ocupacional: Hábitos y estilos de vida saludable: X
Remisión a EPS: Uso de EPP: Inicio de actividad física: X
Continuar manejo medico: Ingreso al SVE: Dejar de fumar:
Remisión ARL: Carga física nulo: Control del paso: X
Citología vaginal: Radiológico: Otro:
Psicolaboral:

Certifico no he omitido información de mi estado de salud. Autorizo que todo pueda ser confirmado y verificado.

Jeison Guette Corro
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 4933

DR. JEISON GUETTE CORRO MD SST LIC. 4933 Firma Trabajador(a), C.C.

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICACIÓN DE VERIFICACIÓN DEL REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRATO N.º 47006152025
SERVICIO DE APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía N.º **1.083.041.473**, en mi calidad de **Representante Legal** de la **Fundación Rehabilitación Integral**, identificada con NIT **900-085-882-9**, certifico bajo la gravedad del juramento que:
En cumplimiento de lo establecido en la **Ley 2375 de 2024** y de las obligaciones contractuales derivadas del **Contrato N.º 47006152025**, la Fundación Rehabilitación Integral **realizó la verificación del Registro de Inhabilidades por Delitos Sexuales contra Niñas, Niños y Adolescentes** respecto del talento humano vinculado para la ejecución del **Servicio de Apoyo Psicológico Especializado**.
Como resultado de dicha verificación, **se constató que el talento humano vinculado al contrato no se encuentra inscrito en el Registro de Inhabilidades por Delitos Sexuales**, encontrándose habilitado para el desarrollo de las funciones asignadas dentro del marco del contrato.
La verificación fue realizada **al inicio de la ejecución contractual**, teniendo en cuenta la corta vigencia del primer periodo de ejecución, y los **soportes correspondientes reposan en los archivos de la Fundación**, debidamente organizados y disponibles para las acciones de seguimiento, supervisión y control que adelante el ICBF.
La presente certificación se expide para los fines pertinentes.
Atentamente,



MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal
Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 30 de febrero de 2026

CERTIFICACIÓN HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS PARA EL CABAL DESARROLLO DEL CONTRATO

SEÑORES:
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Regional Magdalena

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía N.º 1.083.041.473 expedida en Santa Marta, en calidad de Representante Legal de la Fundación Rehabilitación Integral, identificada con NIT 900-085-882-9, certifico bajo la gravedad del juramento que:

En el marco del Contrato N.º **47006152025**, cuyo objeto corresponde a la prestación del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, la entidad ha dispuesto y compartido las herramientas metodológicas necesarias para el cabal desarrollo del contrato, garantizando el cumplimiento de los lineamientos técnicos y obligaciones contractuales establecidas por el ICBF.

Entre las herramientas metodológicas implementadas se encuentran:

- Instrumentos de valoración psicológica acordes al grupo etario atendido.
- Planes de atención individual y familiar con enfoque diferencial y de derechos.
- Protocolos de intervención y seguimiento terapéutico.
- Guías técnicas y lineamientos institucionales vigentes.
- Formatos de registro, seguimiento y evaluación de procesos.
- Estrategias de articulación interinstitucional cuando se requiere.

Estas herramientas han sido aplicadas de manera sistemática por el talento humano vinculado, asegurando calidad, pertinencia y oportunidad en la atención brindada. Los soportes correspondientes reposan en los archivos de la Fundación y se encuentran disponibles para las acciones de seguimiento, supervisión y control que adelante el ICBF.

La presente certificación se expide para los fines pertinentes.

Cordialmente,



MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal
Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 30 de febrero de 2026

CERTIFICACIÓN USO DE IMAGEN INSTITUCIONAL

SEÑORES:
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Regional Magdalena

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía **N.º 1.083.041.473** expedida en Santa Marta, en calidad de Representante Legal de la Fundación Rehabilitación Integral, identificada con **NIT 900-085-882-9**, certifico bajo la gravedad del juramento que:

Durante la ejecución del contrato **47006152025** se ha utilizado la imagen institucional del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar conforme a los lineamientos establecidos en el Manual de Identidad Visual vigente.

Así mismo, se deja constancia de que ningún funcionario o colaborador de la Fundación ha utilizado el nombre, emblema o sello oficial del ICBF para fines publicitarios o de cualquier otra índole diferente a los autorizados, sin que medie autorización expresa y escrita.

La presente certificación se expide para los fines pertinentes.

Cordialmente,



MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal
Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICACIÓN DE NO OCURRENCIA DE EVENTOS

(Política de Prevención del Daño Antijurídico)

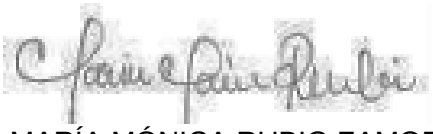
La Fundación Rehabilitación Integral, en calidad de entidad operadora del programa **Apoyo Psicológico Especializado**, en cumplimiento de las obligaciones contractuales establecidas en el Manual Operativo, la Línea Técnica del programa y en concordancia con la Política de Prevención del Daño Antijurídico del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar,

Certifica que Durante el mes de febrero de 2026 no se presentaron eventos, situaciones administrativas, disciplinarias, judiciales o extrajudiciales que pudieran constituir riesgo de daño antijurídico, ni hechos que generaran acciones de reporte ante las instancias competentes.

Asimismo, se deja constancia de que la prestación del servicio se desarrolló conforme a los lineamientos técnicos, administrativos y de calidad establecidos para la modalidad, garantizando el cumplimiento de las obligaciones contractuales y la debida diligencia en la atención a niñas, niños y adolescentes beneficiarios del programa.

La presente certificación se expide para efectos del informe mensual de ejecución contractual y cumplimiento de obligaciones.

En constancia se firma en Santa Marta, Magdalena**,** a los Treinta (27) días del mes de febrero del año dos mil veintiséis (2026).
Cordialmente,



MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal
Fundación Rehabilitación Integral

Santa Marta, 27 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA EL ADECUADO CUMPLIMIENTO DE LAS LABORES

Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473 expedida en la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la entidad contratista **Fundación Rehabilitación Integral**, identificada con NIT No. 900-085-882-9, manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en el marco del contrato No. 47006152025 para la prestación del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, se realizó el suministro oportuno de los elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de las labores del personal vinculado, garantizando las condiciones requeridas para el desarrollo de sus funciones.

La presente certificación se expide para los fines contractuales pertinentes.

Atentamente,

María Mónica Rubio Zamora
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal
Fundación Rehabilitación Integral