ANEXO VERIFICACIÓN DOCUMENTAL

SERVICIO DE APOYO

PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO
JULIO 2026

CONTRATO No. 47006662025

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

Santa Marta, 31 de Julio 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, 31 de junio 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

Santa Marta, 31 de julio 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, 31 de junio 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, 31 de julio 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, 31 de julio 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, 31 de julio de 2026

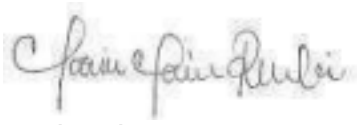
CERTIFICADO DE BUEN TRATO EN EL MARCO DE LA DIRECTIVA PRESIDENCIAL 001 DE 2023; POR PARTE DE LA FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

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, 31 de julio 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, 31 de julio 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

Tablero

RELACION CUPOS SERVICIO APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO CONTRATO 47006662025- 30/12/2025				
Centro Zonal	**Cupos Contratados**	**cupos ejecutados completos**	**intervenciones ejecutados parcial**	**cupo no ejecutado**
Psicólogo 1 Ciénaga-Eliza vasque	36	33	1	2
Psicólogo 2 Ciénaga- Maria Emma Marquez Paz	36	35	0	1
Psicólogo 3 Ciénaga YARITZA PEREIRA	36	34	1	1
Total Centro Zonal Ciénaga	**108**	**102**	**2**	**4**
Psicólogo 1 Fundación-Maria GAMEZ GAMEZ	23	21	1	1
Psicólogo 2 Fundación-ROSA TAPIAS	23	21	1	1
Total Centro Zonal Del Fundación	**46**	**42**	**2**	=H12+H13
Psicólogo 1 Del Rio-ANGELA MARIA DE LA ROSA HURTADO	23	16	1	6
Total Centro Zonal Del Rio	**23**	**16**	**1**	**6**
Psicólogo 1 Plato-YANINA ALEJANDRA TORRES BAYONA	29	26	0	3
Total Centro Zonal Plato	**29**	**26**	**0**	**3**
Psicólogo 1 Banco-MADELIS DE LEÓN	32	31	1	0
Total Centro Zonal Banco	**32**	**31**	**1**	**0**
Total	238	217	6	15
		238		

Certificado Cupos

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

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

BIENESTAR FAMILIAR

Santa Marta, 31 de Julio de 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 **JULIO DE 2026**, en el servicio apoyo psicológico especializado, se dió cumplimiento a los cupos contratados de la siguiente manera:

relacionados a continuación:

RELACION CUPOS SERVICIO APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO
CONTRATO 47006662025 JULIO 2026

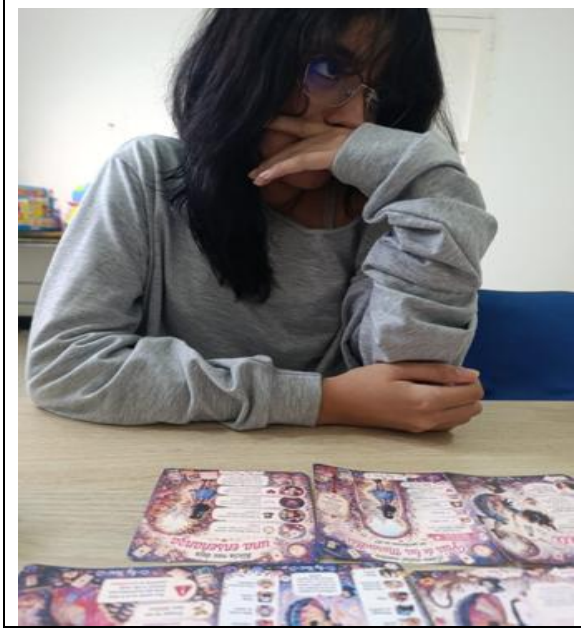
Centro Zonal	Cupos Contratados	Cupos ejecutados completos	Cupos ejecutados parciales	Cupos no ejecutados
Psicólogo 1 Ciénaga Elisa Velásquez Becerra	36	33	1	2
Psicólogo 2 Ciénaga María Emma Márquez Paz	36	35	0	1
Psicólogo 3 Ciénaga Yaritza Pereira Parra	36	34	1	1
Total Centro Zonal Ciénaga	**108**	**102**	**2**	**4**
Psicólogo 1 Fundación María Alejandra Gámez	23	21	1	1
Psicólogo 2 Fundación Rosa Tapia Acosta	23	21	1	1
Total Centro Zonal Del Fundación	**46**	**42**	**2**	**2**
Psicólogo 1 Del Rio Angela María de la Rosa Hurtado	23	16	1	6
Total Centro Zonal Del Rio	**23**	**16**	**1**	**6**
Psicólogo 1 Plato Yanina Torres Bayona	29	26	0	3
Total Centro Zonal Plato	**29**	**26**	**0**	**3**
Psicólogo 1 Banco Madelis De León	32	31	1	
Total Centro Zonal Banco	**32**	**31**	**1**	
Total	**238**	**217**	**6**	**15**

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

IMPLEMENTACION DE LA PIYC









COSTURERO





Formato T3

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

SANTA MARTA, 31 DE JULIO 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 9 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 2023

SANTA MARTA, 31 DE JULIO 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 Cuatro H i s t o r i a s 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: 2 Fecha: Julio 2022

SANTA MARTA, 31 DE JULIO 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 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,

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: 3 Fecha: Julio 2022

SANTA MARTA, 31 JULIO 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. 1081911107 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 3 Historias de Atención, en el mes de julio 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 2022

SANTA MARTA, 31 JULIO 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 4 Historias de Atención, en el mes **JULIO** 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, 31 DE JULIO DEL 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APERTURA DE ANEXO DENOMINADO HISTORIA DE ATENCIÓN

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo ANGELA MARIA DE LA ROSA HURTADO, identificado con cédula de ciudadanía No. 1004120480 de la ciudad de Pivijay-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 6 Historias de Atención, en el mes JULIO dentro de la ejecución del contrato 47006152025 del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo.

Atentamente,

ANGELA MARIA DE LA ROSA HURTADO

Nombre: Angela Maria De la Rosa Hurtado
CC: 1004120480
T.P. 276880

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

SANTA MARTA, 31 DE JULIO 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 ciudadanía 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 **6** Historias de Atención, en el mes de **JULIO** 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: 1 Fecha: Julio 2022

EL BANCO MAGDALENA, 31 DE JULIO DEL 2026

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APERTURA DE ANEXO DENOMINADO HISTORIA DE ATENCION

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo Madelis Esther De León Mendoza, identificada con cédula de ciudadanía No. 1084744394 de la ciudad de Aracataca 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 2 Historia de Atención, en el mes de Julio dentro de la ejecución del contrato 47006662025 del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado, actualmente en desarrollo.

Atentamente,

Nombre: Madelis Esther De León Mendoza
CC: 1084744394
T.P. 218255

Evidencias Socialización del servicio
Ciénaga




Fundación



Pivijay



Plato





Banco



Evidencias Fotográficas Participación de la Red de Apoyo

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

Santa Marta, 31 de julio 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, 31 de julio 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

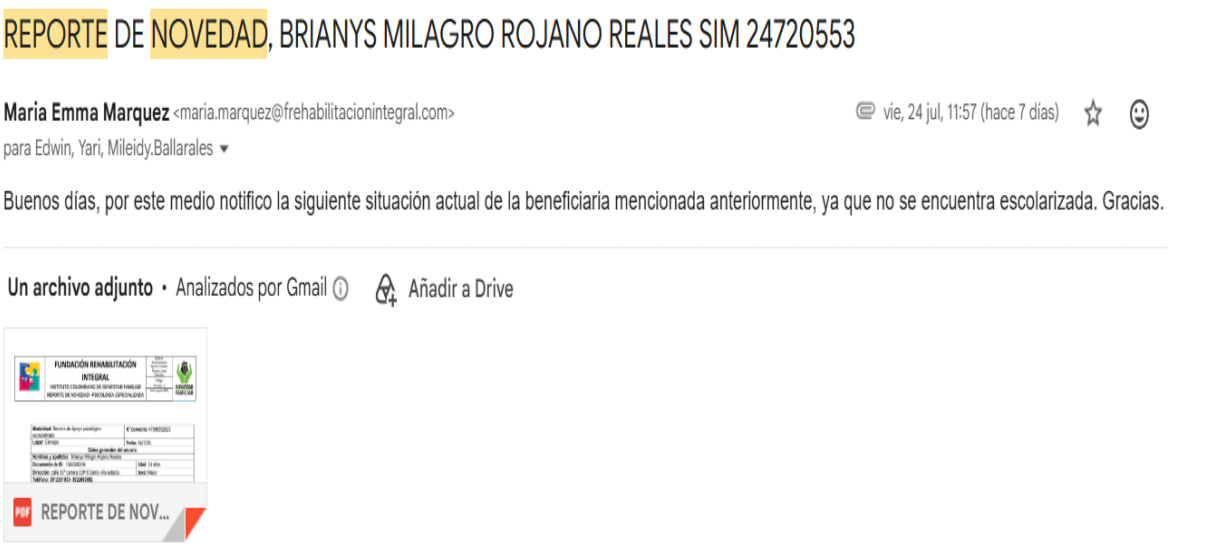
Yo, **María Mónica Rubio Zamora**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.083.041.473 de** la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista Fundación **Rehabilitación Integral** identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, 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.

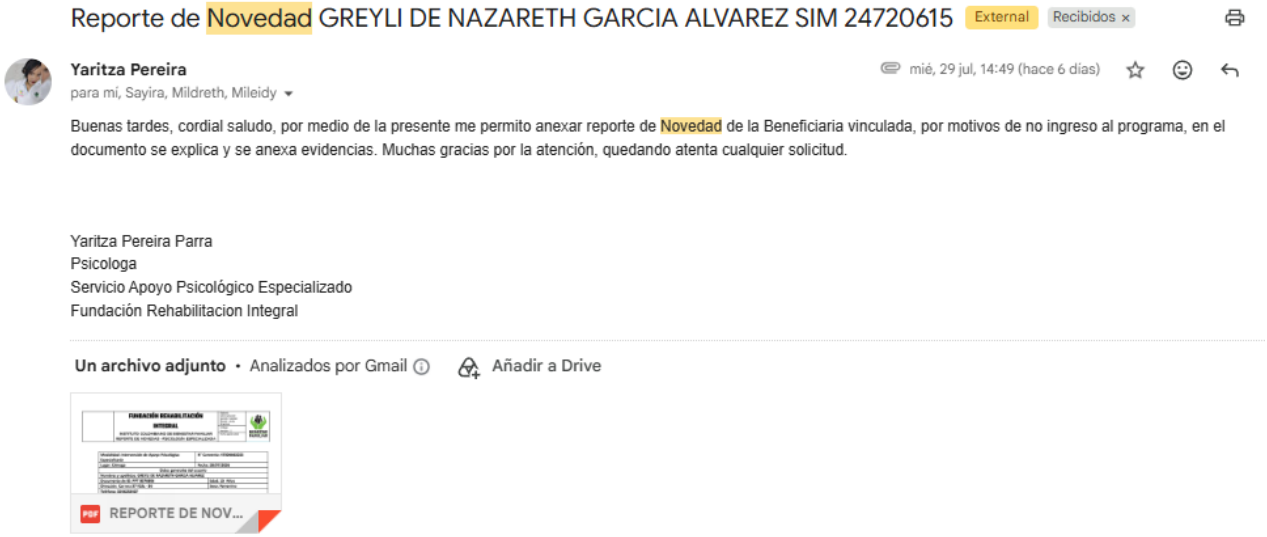
Atentamente,



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

Capturas de Pantallas de envió de Novedades





Envió Planes de caso

PLAN DE CASO DE KELLY MARCELA MOJICA RODRIGUEZ. SIM 2472063

Maria Emma Marquez <maria.marquez@frehabilitacionintegral.com> mar, 14 jul, 14:22
para Edwin, Yari, Mileidy.Ballarales, Zully.caraballo

Buenas tardes, por este medio envio el correspondiente plan de caso de la beneficiaria mencionada anteriormente. Gracias.

Un archivo adjunto • Analizados por Gmail ⓘ Añadir a Drive

PLAN DE CASO- KELLY MOJICA.pdf
347 KB

PLAN DE CLASO - AGUSTINA ISABEL CENTENO AMADOR SIM 24720739

Maria Emma Marquez <maria.marquez@frehabilitacionintegral.com> mar, 21 jul, 8:10 (hace 10 días)
para Edwin, Yari, Mileidy.Ballarales

Buenas dias, por este medio hago el correspondiente envío de plan de caso de la beneficiaria mencionada anteriormente. Gracias.

Un archivo adjunto • Analizados por Gmail ⓘ Añadir a Drive

PLAN DE CASO-AGUSTINA.pdf
329 KB

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	31/12/2025	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	31/12/2025	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	31/12/2025	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	31/12/2025	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	31/12/2025	TIEMPO COMPLETO	23
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	psicólogo	Psicologo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	Angela Maria de la Rosa Hurtado	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.004.120.480	30/3/2026	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	31/12/2025	TIEMPO COMPLETO	29
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	Psicologo	Psicologo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	Madelis Esther de Leon Mendoza	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1084744394	4/05/2026	TIEMPO COMPLETO	32
MAGDALENA	47006662025	238	FUNDACION REHABLITACION INTEGRAL	APOYO SICOLOGICO ESPECIALIZADO	Psicólogo	Psicólogo Especializado	CON CARGO AL CONTRATO	Katty Vanessa Gonzáles Gaviria	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	1.221.963.655	31/12/2025	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	31/12/2025	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	31/12/2025	TIEMPO COMPLETO	238

Santa Marta, 31 de julio 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



Firma Contador
Nelson Enrique Díaz Vásquez
C.C. 12.597.371
T.P. 56415-T

Santa Marta, 31 de julio 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, 31 de julio 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.

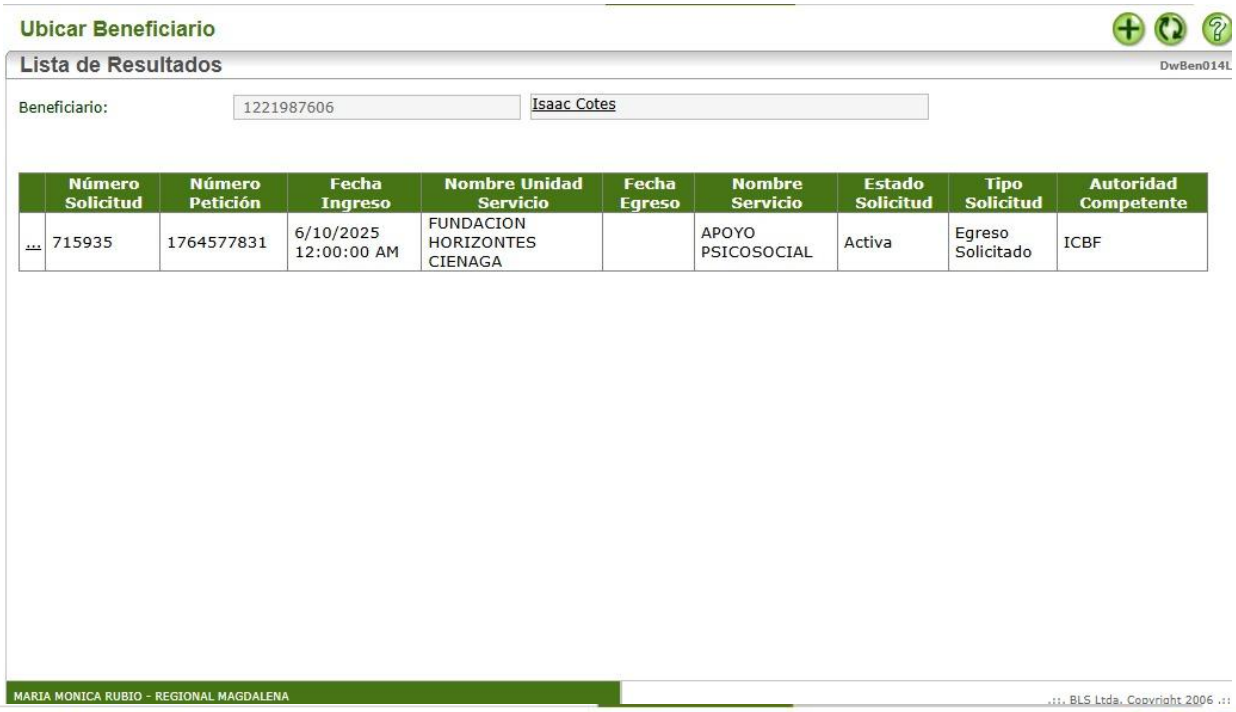
Atentamente,



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

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

APLICATIVO SIM



Ubicar Beneficiario

Lista de Resultados

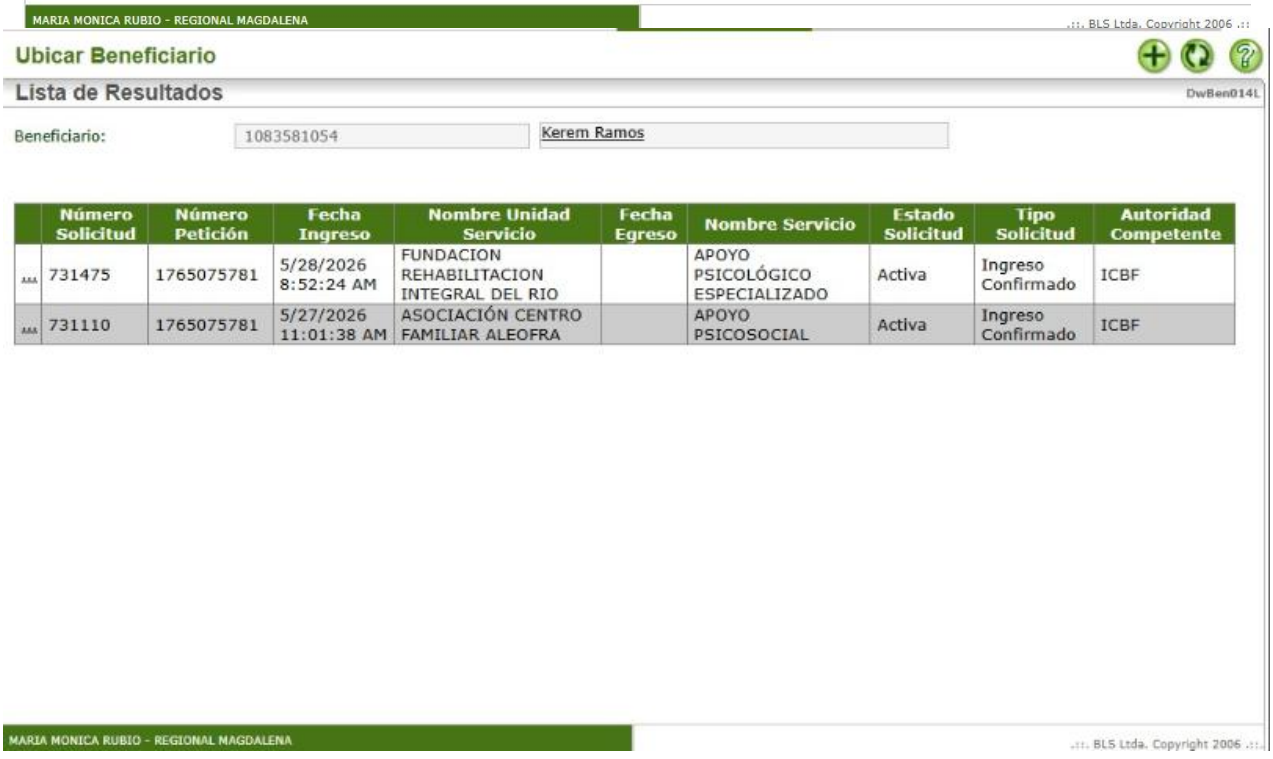
DwBen014L

Beneficiario: 1221987606 Isaac Cotes

	Número Solicitud	Número Petición	Fecha Ingreso	Nombre Unidad Servicio	Fecha Egreso	Nombre Servicio	Estado Solicitud	Tipo Solicitud	Autoridad Competente
...	715935	1764577831	6/10/2025 12:00:00 AM	FUNDACION HORIZONTES CIENAGA		APOYO PSICOSOCIAL	Activa	Egreso Solicitado	ICBF

MARIA MONICA RUBIO - REGIONAL MAGDALENA

.:: BLS Ltda. Copyright 2006 .::



Ubicar Beneficiario

Lista de Resultados

DwBen014L

Beneficiario: 1083581054 Kerem Ramos

	Número Solicitud	Número Petición	Fecha Ingreso	Nombre Unidad Servicio	Fecha Egreso	Nombre Servicio	Estado Solicitud	Tipo Solicitud	Autoridad Competente
...	731475	1765075781	5/28/2026 8:52:24 AM	FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL DEL RIO		APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO	Activa	Ingreso Confirmado	ICBF
...	731110	1765075781	5/27/2026 11:01:38 AM	ASOCIACIÓN CENTRO FAMILIAR ALEOFRA		APOYO PSICOSOCIAL	Activa	Ingreso Confirmado	ICBF

MARIA MONICA RUBIO - REGIONAL MAGDALENA

.:: BLS Ltda. Copyright 2006 .::

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.

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

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

BIENESTAR FAMILIAR

- 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 Especifico	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
JULIO 2026

Santa Marta, 31 de julio 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 31 días del mes de julio 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

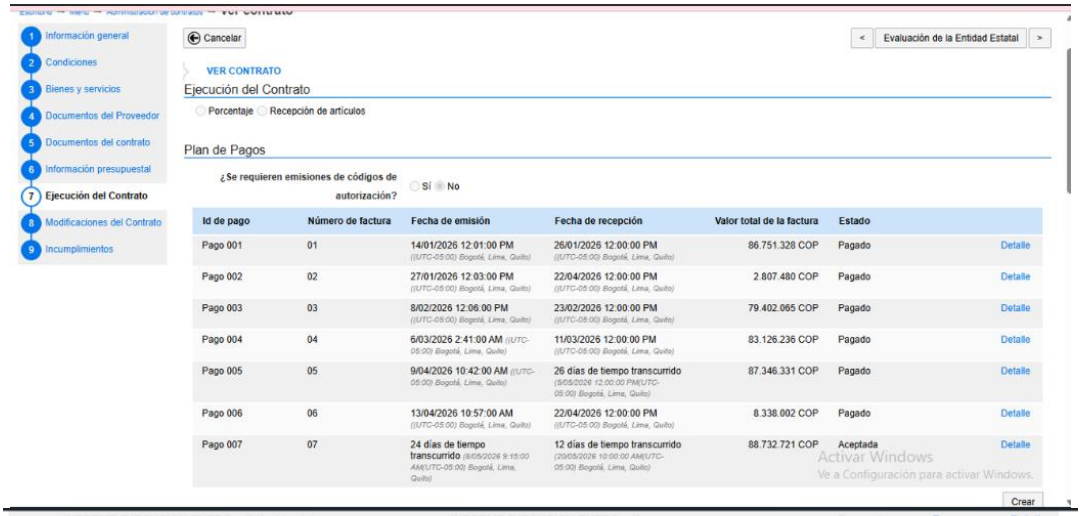
MARIA MONICA RUBIO ZAMORA
Representante Legal

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



	INFORME EJECUCION ENERO.pdf (Archivado)	INFORME EJECUCION ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ANEXOS INFORME DE EJECUCION DICIEMBRE.pdf	ANEXOS INFORME DE EJECUCION DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME EJECUCION DICIEMBRE.pdf	INFORME EJECUCION DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMPONENTE FINANCIERO 31 DIC.pdf	COMPONENTE FINANCIERO 31 DIC.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME EJECUCION FEBRERO.pdf (Archivado)	INFORME EJECUCION FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE EJECUCION ENERO.pdf	INFORME DE EJECUCION ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ANEXOS INFORME EJECUSION MES ENERO 2026.pdf	ANEXOS INFORME EJECUSION MES ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMPONENTE FINANCIERO ENERO 2026.pdf	COMPONENTE FINANCIERO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ANEXOS INFORME EJECUSION MES FEBRERO 2026 .pdf	ANEXOS INFORME EJECUSION MES FEBRERO 2026 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME EJECUCION FEBRERO 2026.pdf	INFORME EJECUCION FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMPONANTE FINANCIERO FEBRERO.pdf	COMPONANTE FINANCIERO FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ANEXOS INFORME EJECUSION MES MARZO.pdf	ANEXOS INFORME EJECUSION MES MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE EJECUCION MENSUAL MARZO.pdf	INFORME DE EJECUCION MENSUAL MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMPONENTE FINANCIERO MARZO.pdf	COMPONENTE FINANCIERO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTES DE LEGALIZACIÓN CTO. 47006662025 ESPECIALIZADO REHABILITACIÓN INTEGRAL MES DE ABRIL-2026.pdf	SOPORTES DE LEGALIZACIÓN CTO. 47006662025 ESPECIALIZADO REHABILITACIÓN INTEGRAL MES DE ABRIL-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4700-666-2025_INFORME SUPERVISION_ FRI_MARZO-2026.pdf	4700-666-2025_INFORME SUPERVISION_ FRI_MARZO-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4700-666-2025_INFORME SUPERVISION_ FRI_ABRIL-2026..pdf	4700-666-2025_INFORME SUPERVISION_ FRI_ABRIL-2026..pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Activar Windows
Borrar Cargar nuevo

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		IDENTIFICACIÓN
	FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL	NIT: 900.085.002-9
DIRECCIÓN: CL 5 NRO. 14 - 37	CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA	TELÉFONO: 4230815

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	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 SE ANEXAN 18-09-2020 - 1320-3-99-00000-0-RCE-0028-0001 / 21-03-22 -1303-3-99-00000-0-RCE-0819-0001, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y CUYA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO 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:ATENDER APUNTES A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD APOYO PSICOSOCIAL ESPECIALIZADO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS 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
PERDIDA LABORES Y OPERACIONES	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	$ *****78,116.00	$ *****495,516.00	$ *****204,700,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MD DEGROSS 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 56 NO. 79-130 - TELEFONO: 3691078 - BARRANQUILLA

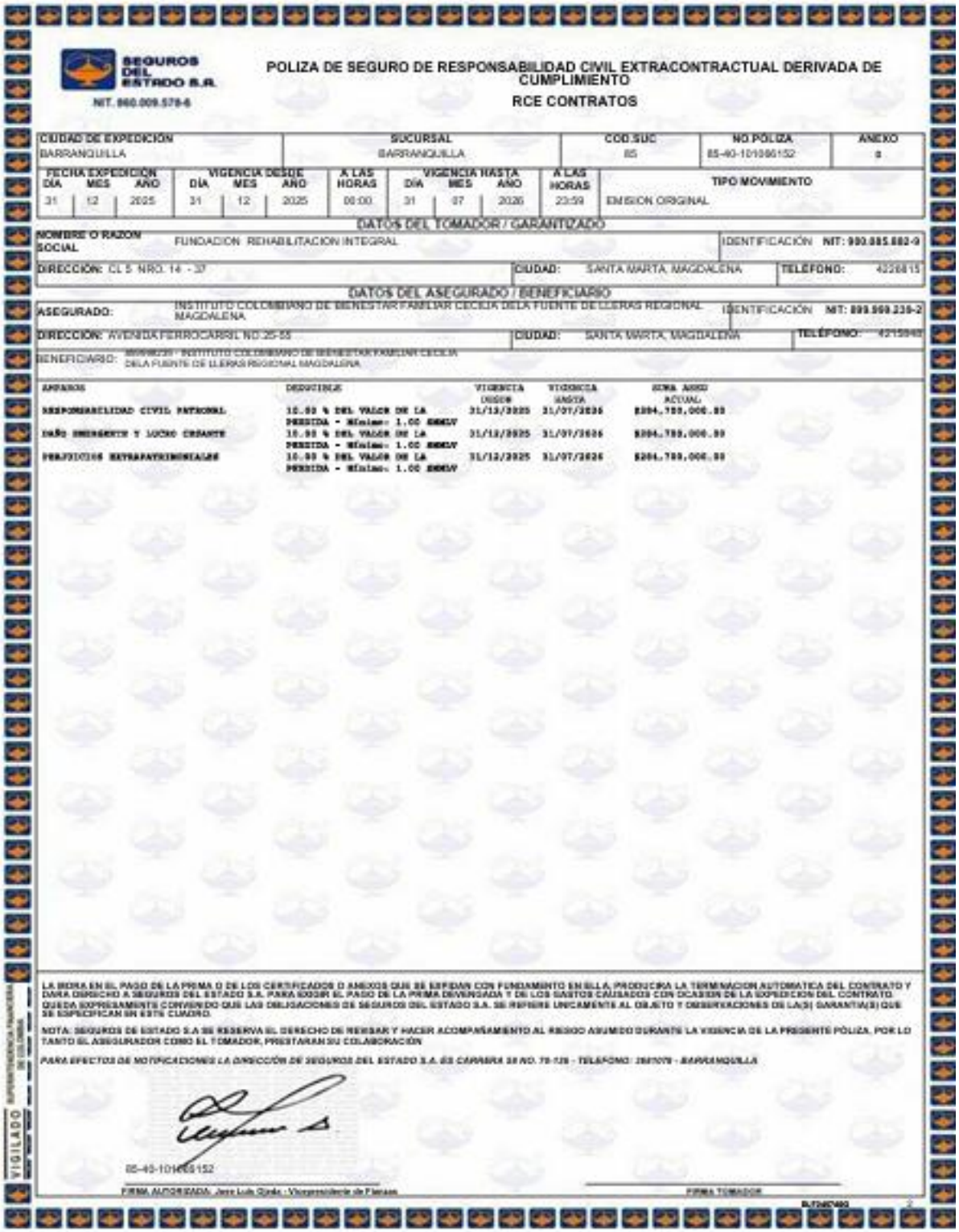
85-40-101008152

FIRMA AUTORIZADA: Juan Luis Ojeda - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ESTA PUEDE CONSULTAR ESTA POLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM OFICINA PRINCIPAL: AUTOPISTA NORTE # 101 - 68. PBX TELEFONO: 601 3138877, 6014091010 SUFI457000 1



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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	COD SUC	NO POLIZA	ANEXO
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-40-101086152	0

FECHA EXPEDICION DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	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 — IDENTIFICACION: NIT: 900.085.882-9

DIRECCION: CL 5 NRO. 14 - 37 — CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA — TELEFONO: 4228815

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

DIRECCION: AVENIDA FERROCARRIL NO.25-55 — CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA — TELEFONO: 4215940

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	$204,700,000.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	31/12/2025	31/07/2026	$204,700,000.00
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	31/12/2025	31/07/2026	$204,700,000.00

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 REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

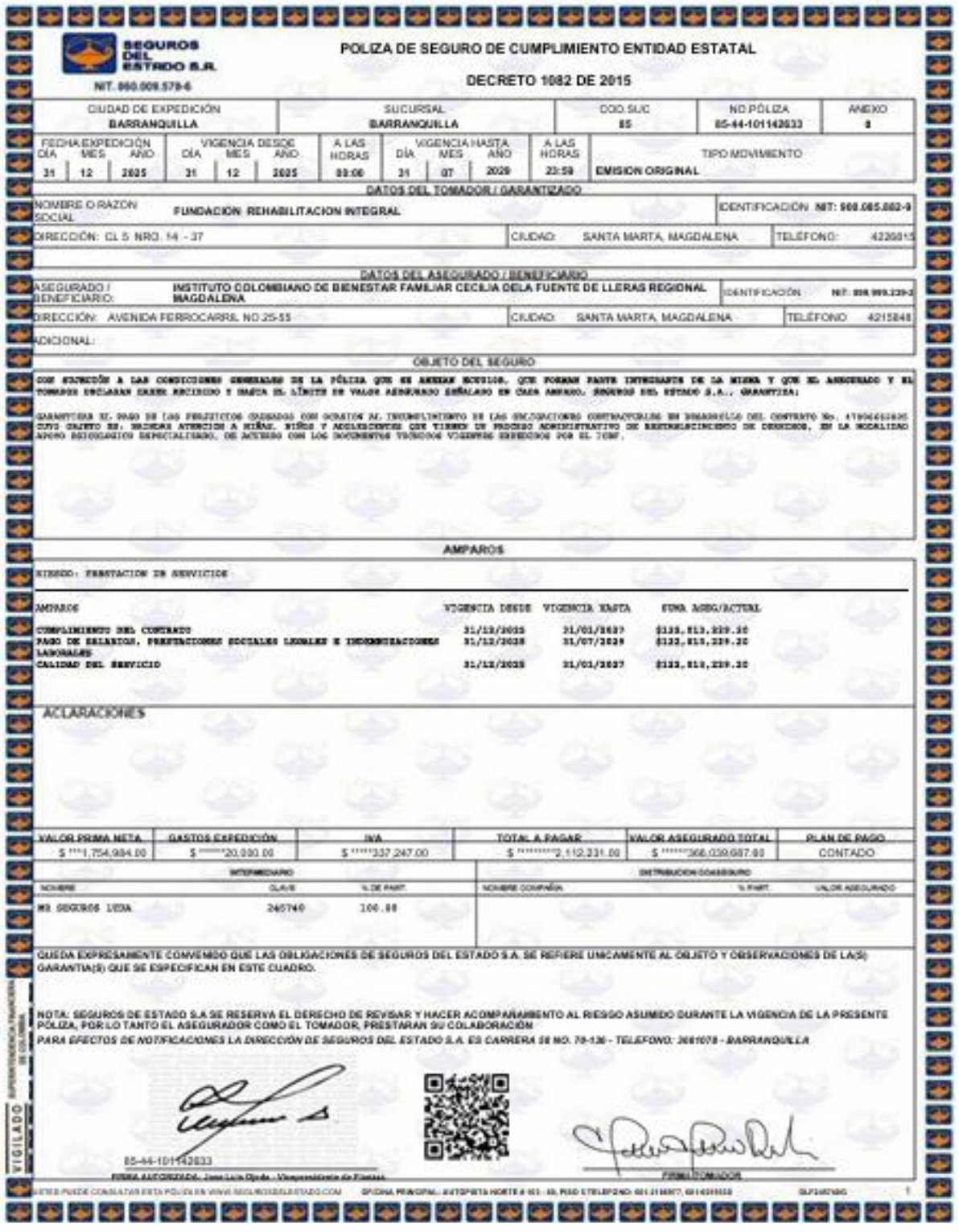
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 38 NO. 79-128 - TELEFONO: 3861078 - BARRANQUILLA

85-40-101086152

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



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	85	85-44-101142633	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	IDENTIFICACIÓN
FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL	NIT: 900.085.002-9

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 5 NRO. 14 - 37	SANTA MARTA, MAGDALENA	4226015

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

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

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN MODIFICA, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO E 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 PSICOSOCIAL ESPECIALIZADO, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXIGIDOS POR EL ICBF.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	31/12/2025	31/01/2027	$123,813,239.20
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	31/12/2025	31/07/2029	$123,813,239.20
CALIDAD DEL SERVICIO	31/12/2025	31/01/2027	$123,813,239.20

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
MD SEGUROS LTDA	240740	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 38 NO. 79-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-44-101142633

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM OFICINA PRINCIPAL: AUTOPISTA NORTE # 101 - 68, PBX TELEFONO: 601 2186677, 601 4261010 NIT 860.009.578-6

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 Fianzas

2

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 202

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 3 0 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. 2024499000000084003, 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

5 736 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. 2024499000000084003, 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

57430 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

·575 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. 20244900000084003, 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 10 del mes de Julio del año 2026, se hace apertura del buzón ubicado en la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL en la sede del Municipio de _____ 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:

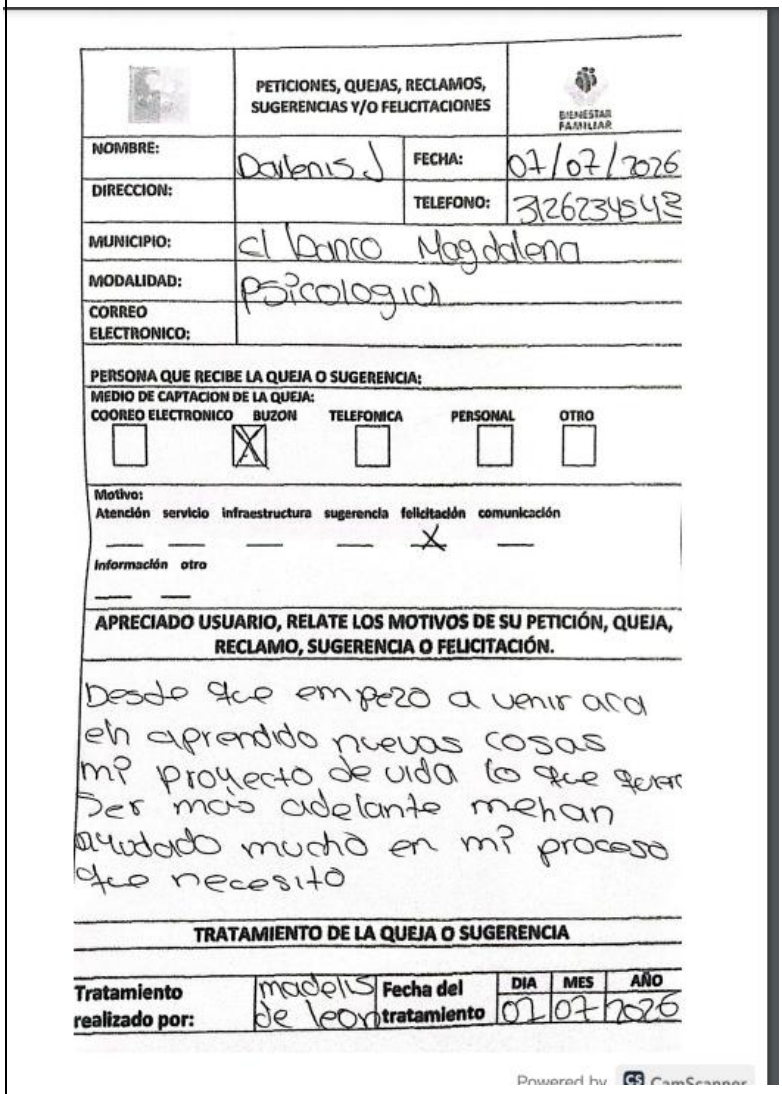
PETICIÓN RECIBIDA	QUEJA RECIBIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE LA ELEVA	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN	OBSERVACIÓN
felicitación	Ninguna	Daileni Jimenez	07-07-26	"Aprendo muchas cosas me han ayudado mucho"	Ninguna
felicitación	Ninguna	Angy Noriega	07-07-26	"Siento que he mejorado a diferencia de tiempos atrás"	Ninguna
felicitación	Ninguna	Mariana Bolaño	08-07-26	Me parece bien todo aprendo cosas nuevas	Ninguna
felicitación	Ninguna	Ana sofia Jimenez	10-07-26	"Gracias a la fundación he aprendido muchas cosas"	Ninguna.

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia:
4 PQRS donde los usuarios felicitan por la atención al interior de la sede

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

Asistentes		
Nombre	Cargo	Firma
Madelis De León	Psicologa	Madelis De León

Powered by CamScanner



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	Daylenis J	FECHA:	07/07/2026
DIRECCION:		TELEFONO:	3126234543
MUNICIPIO:	El Banco Magdalena		
MODALIDAD:	psicologica		
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	—	—	—

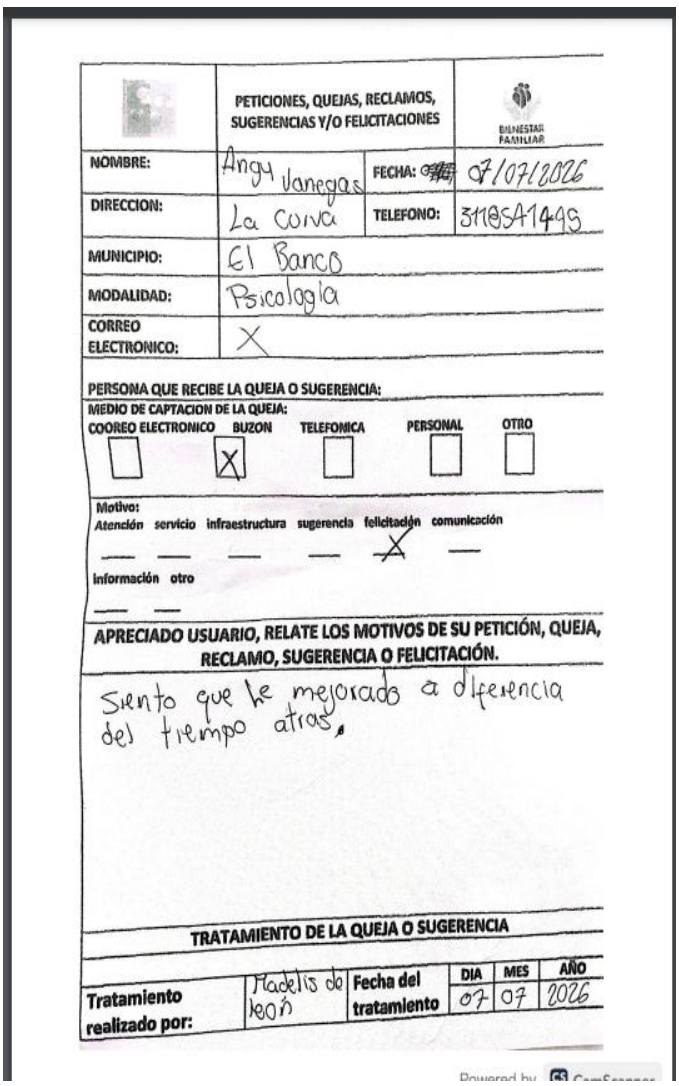
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

Desde que empezo a venir aca eh aprendido nuevas cosas mi proyecto de vida lo que quiero ser mas adelante mehan ayudado mucho en mi proceso que necesito

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	madelis de leon	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			07	07	2026

Powered by CamScanner



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	Angy Vanegas	FECHA:	07/07/2026
DIRECCION:	La Cova	TELEFONO:	3118541495
MUNICIPIO:	El Banco		
MODALIDAD:	Psicologia		
CORREO ELECTRONICO:	X		

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	—	—	—

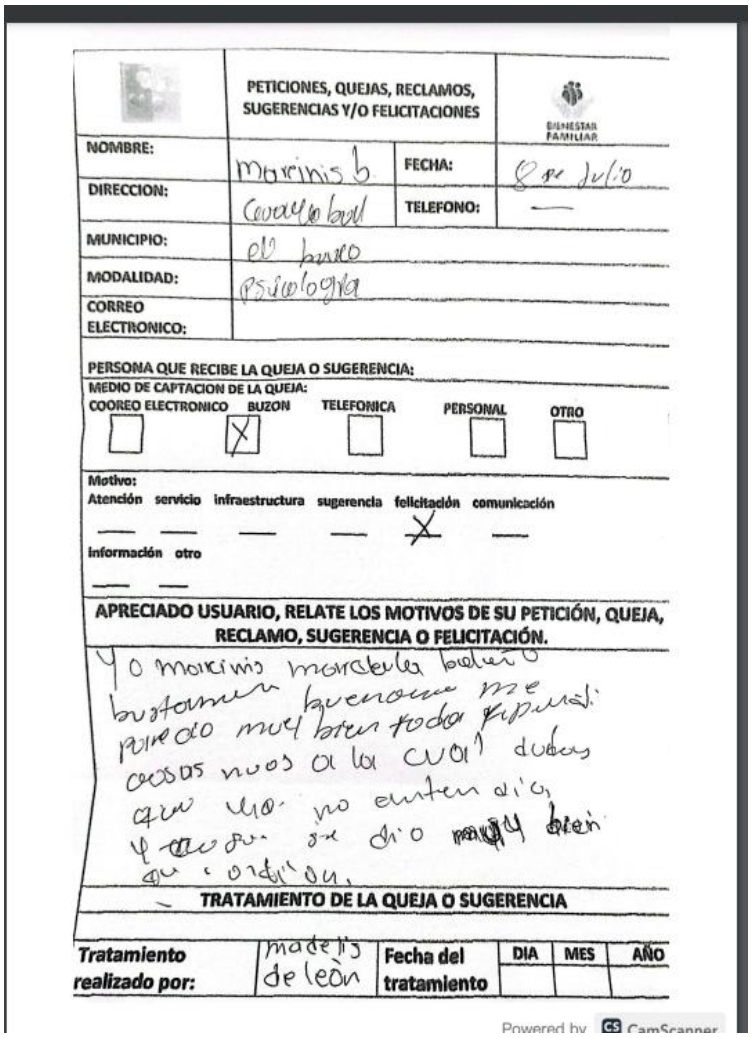
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

Siento que he mejorado a diferencia del tiempo atras.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Madelis de leon	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			07	07	2026

Powered by CamScanner



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	Marinis b	FECHA:	8 de Julio
DIRECCION:	Cuayabal	TELEFONO:	—
MUNICIPIO:	el banco		
MODALIDAD:	psicologia		
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
—	—	—	—	X	—

información	otro
—	—

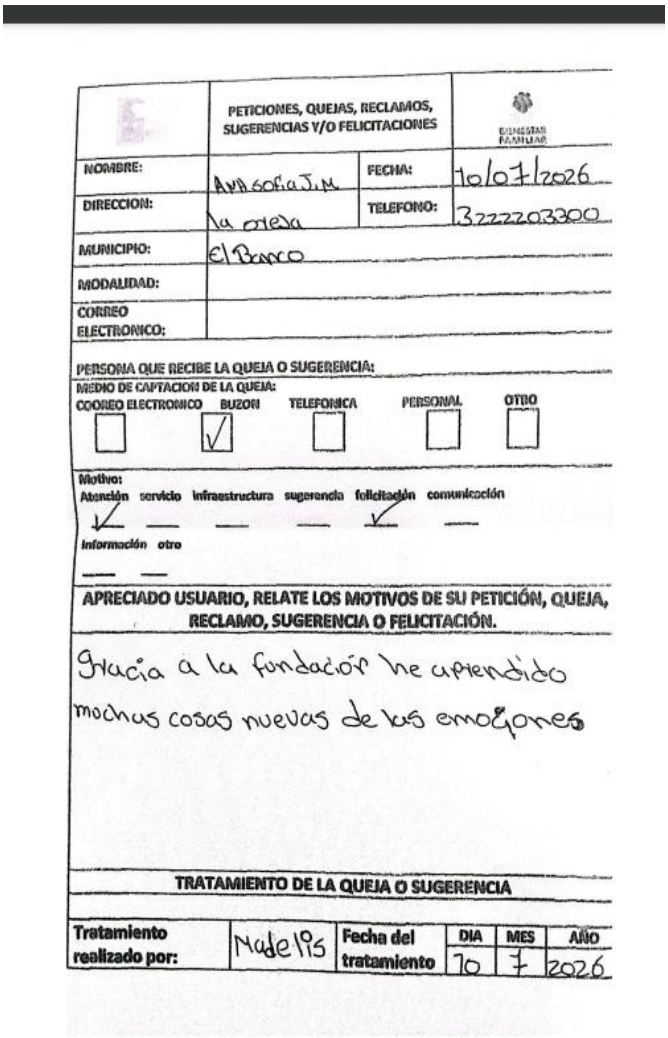
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

Yo Marinis Marcela bolaño bustamante buenorme me parecio muy bien toda la jornada cosas nuevas a la cual dudas que no entendia, y como se dio muy bien la orden.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	madelis de leon	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

Powered by CamScanner



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	Anagoria J.M.	FECHA:	10/07/2026
DIRECCION:	la orieta	TELEFONO:	3222203300
MUNICIPIO:	El Banco		
MODALIDAD:			
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
✓	—	—	—	✓	—

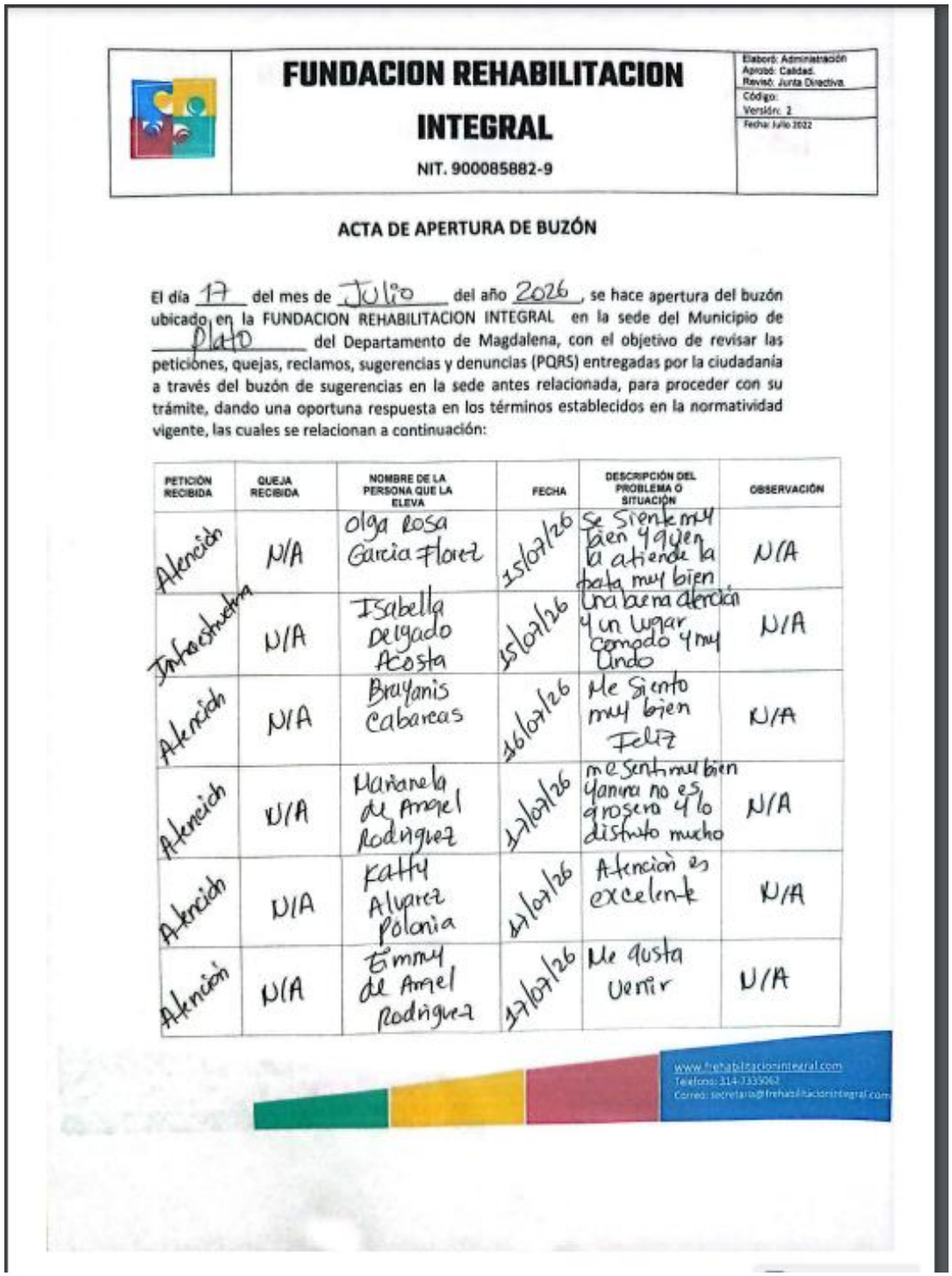
información	otro
—	—

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

Gracia a la fundación he aprendido muchas cosas nuevas de las emociones

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Madelis	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			10	7	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 17 del mes de Julio del año 2026, se hace apertura del buzón ubicado en la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL en la sede del Municipio de Plato 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
Atención	N/A	olga Rosa García Florez	15/07/26	Se Siente muy bien y quien la atiende la trata muy bien	N/A
Infraestructura	N/A	Isabella Delgado Acosta	15/07/26	Una buena atención y un lugar comodo y muy lindo	N/A
Atención	N/A	Brayanis Cabarcas	16/07/26	Me Siento muy bien Feliz	N/A
Atención	N/A	Mariana la de Angel Rodriguez	17/07/26	me sentí muy bien Yanira no es grosera y lo distinto mucho	N/A
Atención	N/A	Katty Alvarez Polonia	17/07/26	Atención es excelente	N/A
Atención	N/A	Emmy de Angel Rodriguez	17/07/26	Me gusta Vestir	N/A

www.rehabilitacionintegral.com
Teléfono: 314-7333043
Correo: secretaria@rehabilitacionintegral.com

FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

NIT. 900085882-9

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

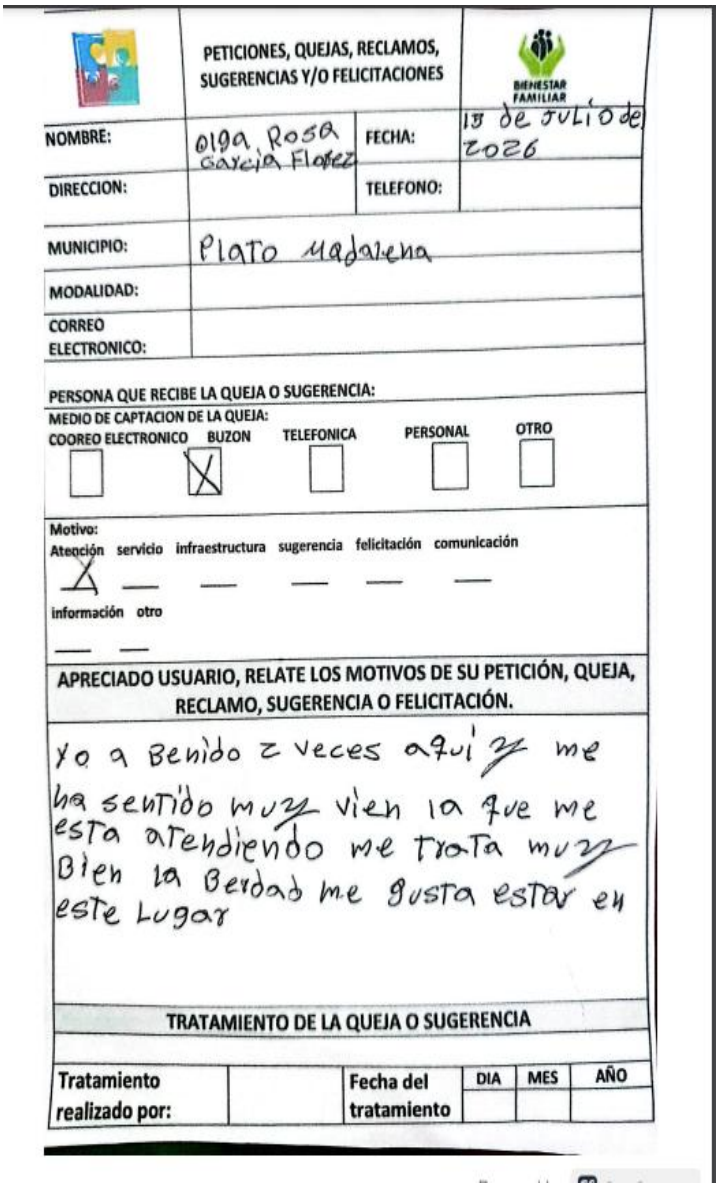
Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia:
Se realiza apertura del buzón donde se evidencian Formatos de PARSF, donde dicha información se procede a relacionar en esta acta, Sin novedades se realiza el cierre del buzón.

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

Asistentes		
Nombre	Cargo	Firma
Yarlina Torres Bayona	Psicologa	

Powered by CamScanner

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



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	Olga Rosa García Flórez	FECHA:	13 de julio de 2026
DIRECCION:		TELEFONO:	
MUNICIPIO:	Plato Magdalena		
MODALIDAD:			
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					

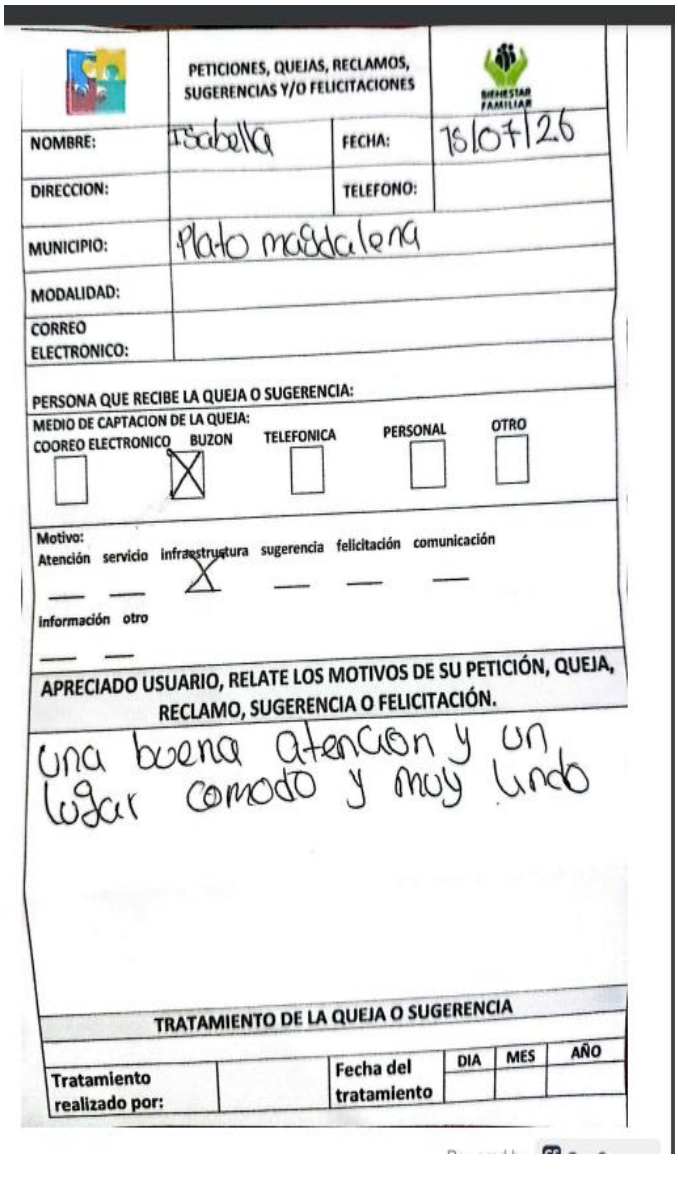
información	otro

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

Yo a venido 2 veces aquí y me ha sentido muy vien la que me esta atendiendo me trata muy Bien la Berdad me gusta estar en este Lugar

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	Isabella	FECHA:	15/07/26
DIRECCION:		TELEFONO:	
MUNICIPIO:	Plato magdalena		
MODALIDAD:			
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

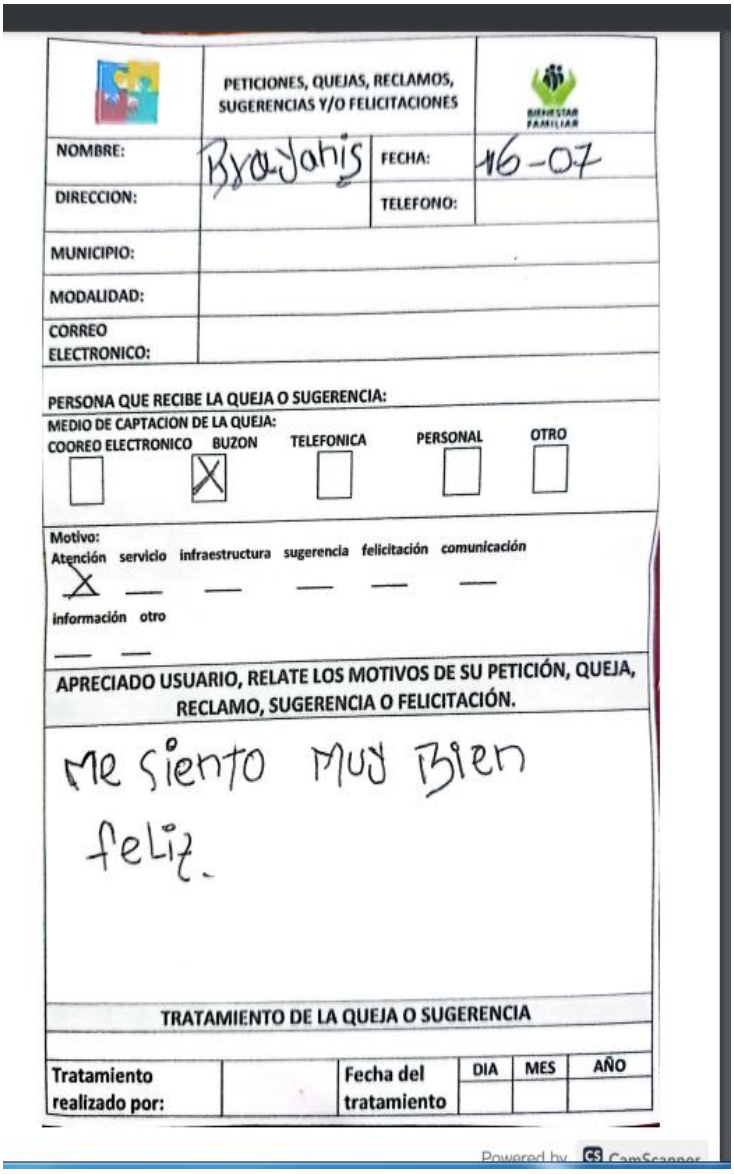
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

una buena atencion y un lugar comodo y muy lindo

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

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



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: Bya Johis | FECHA: 16-07
DIRECCION: | TELEFONO:
MUNICIPIO:
MODALIDAD:
CORREO ELECTRONICO:

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:
COOREO ELECTRONICO [ ] BUZON [X] TELEFONICA [ ] PERSONAL [ ] OTRO [ ]

Motivo:
Atención [X] servicio [ ] infraestructura [ ] sugerencia [ ] felicitación [ ] comunicación [ ]
información [ ] otro [ ]

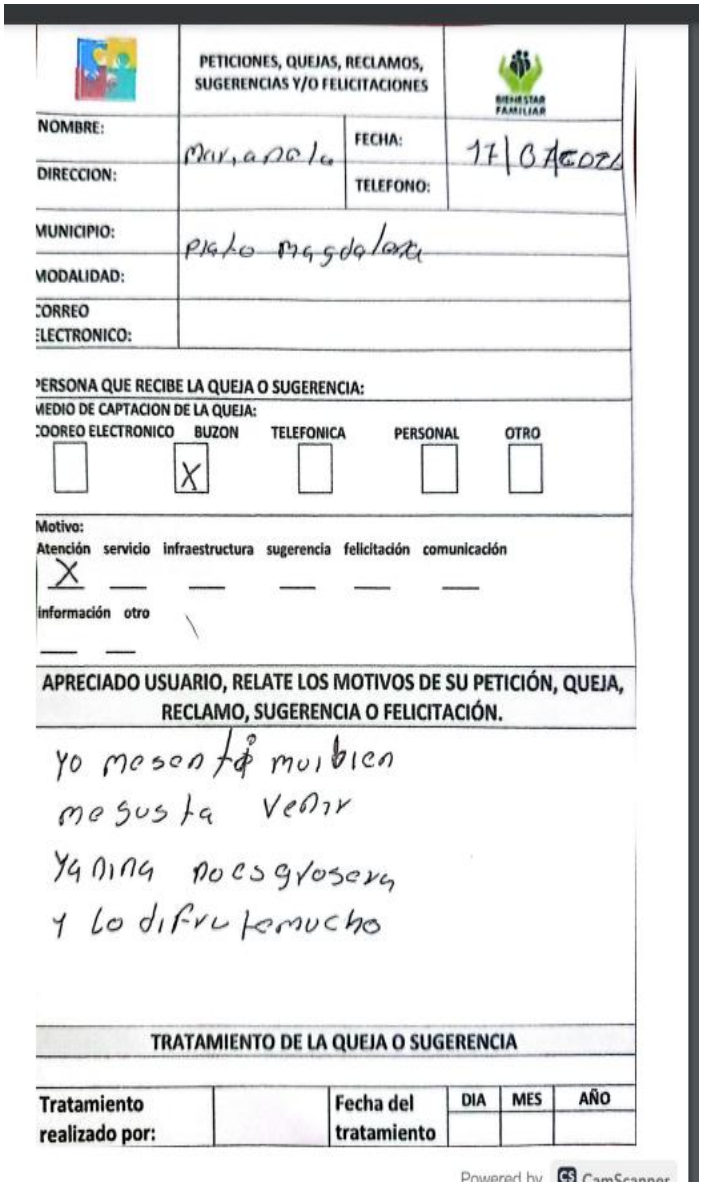
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

Me siento Muy Bien feliz.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

Powered by CamScanner



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: Mariana | FECHA: 17/07/2025
DIRECCION: | TELEFONO:
MUNICIPIO: Plato Magdalena
MODALIDAD:
CORREO ELECTRONICO:

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:
MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:
COOREO ELECTRONICO [ ] BUZON [X] TELEFONICA [ ] PERSONAL [ ] OTRO [ ]

Motivo:
Atención [X] servicio [ ] infraestructura [ ] sugerencia [ ] felicitación [ ] comunicación [ ]
información [ ] otro [ ]

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

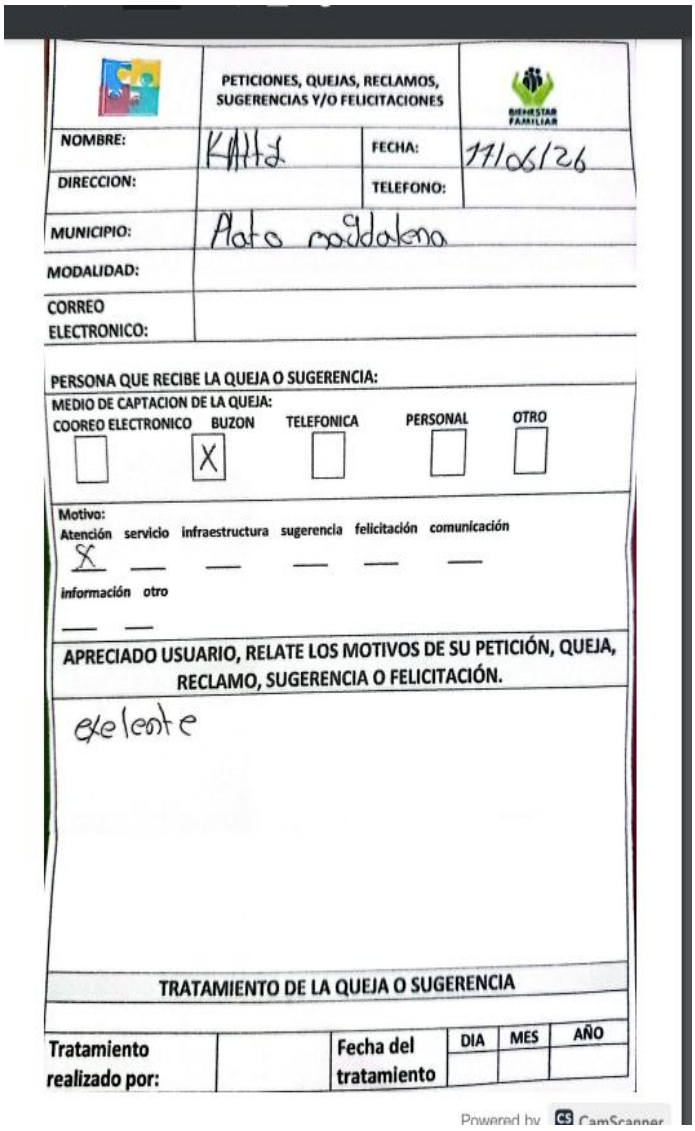
Yo me siento muibien
me gusta venir
Yanina no es grosera
y lo difrutemucho

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

Powered by CamScanner

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



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: KAHA FECHA: 11/06/26
DIRECCION: TELEFONO:
MUNICIPIO: Alto saldaña
MODALIDAD:
CORREO ELECTRONICO:

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:
MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:
COOREO ELECTRONICO [ ] BUZON [X] TELEFONICA [ ] PERSONAL [ ] OTRO [ ]

Motivo:
Atención [X] servicio [ ] infraestructura [ ] sugerencia [ ] felicitación [ ] comunicación [ ]
información [ ] otro [ ]

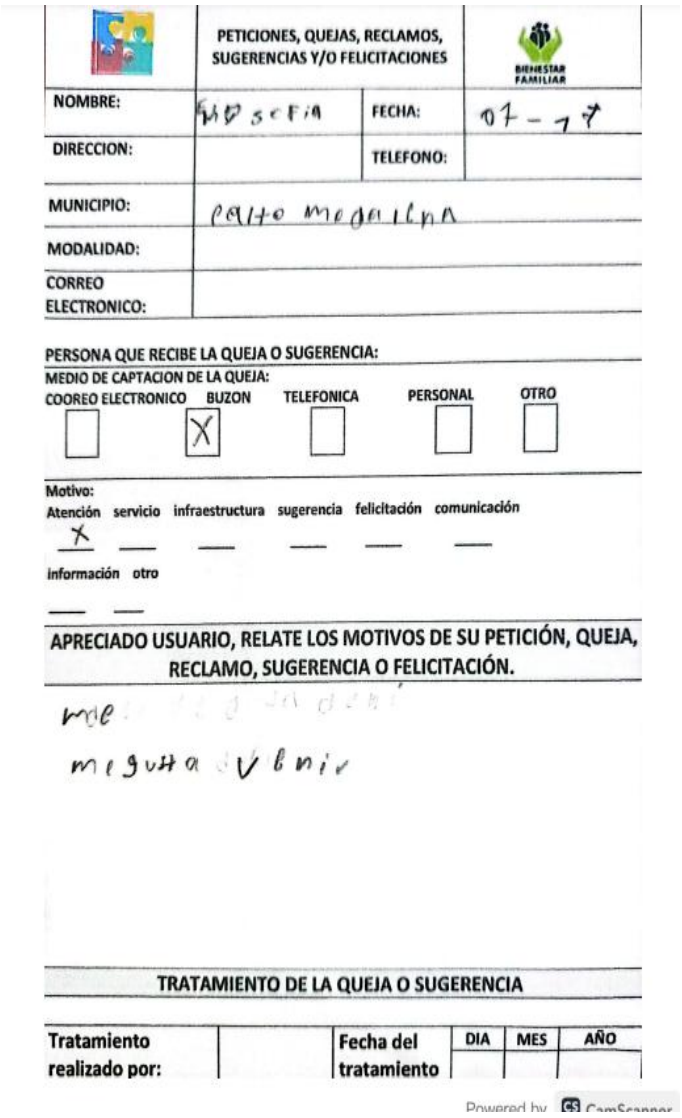
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

excelente

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

Powered by CamScanner



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: [illegible] FECHA: 07-17
DIRECCION: TELEFONO:
MUNICIPIO: Alto magdalena
MODALIDAD:
CORREO ELECTRONICO:

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:
MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:
COOREO ELECTRONICO [ ] BUZON [X] TELEFONICA [ ] PERSONAL [ ] OTRO [ ]

Motivo:
Atención [X] servicio [ ] infraestructura [ ] sugerencia [ ] felicitación [ ] comunicación [ ]
información [ ] otro [ ]

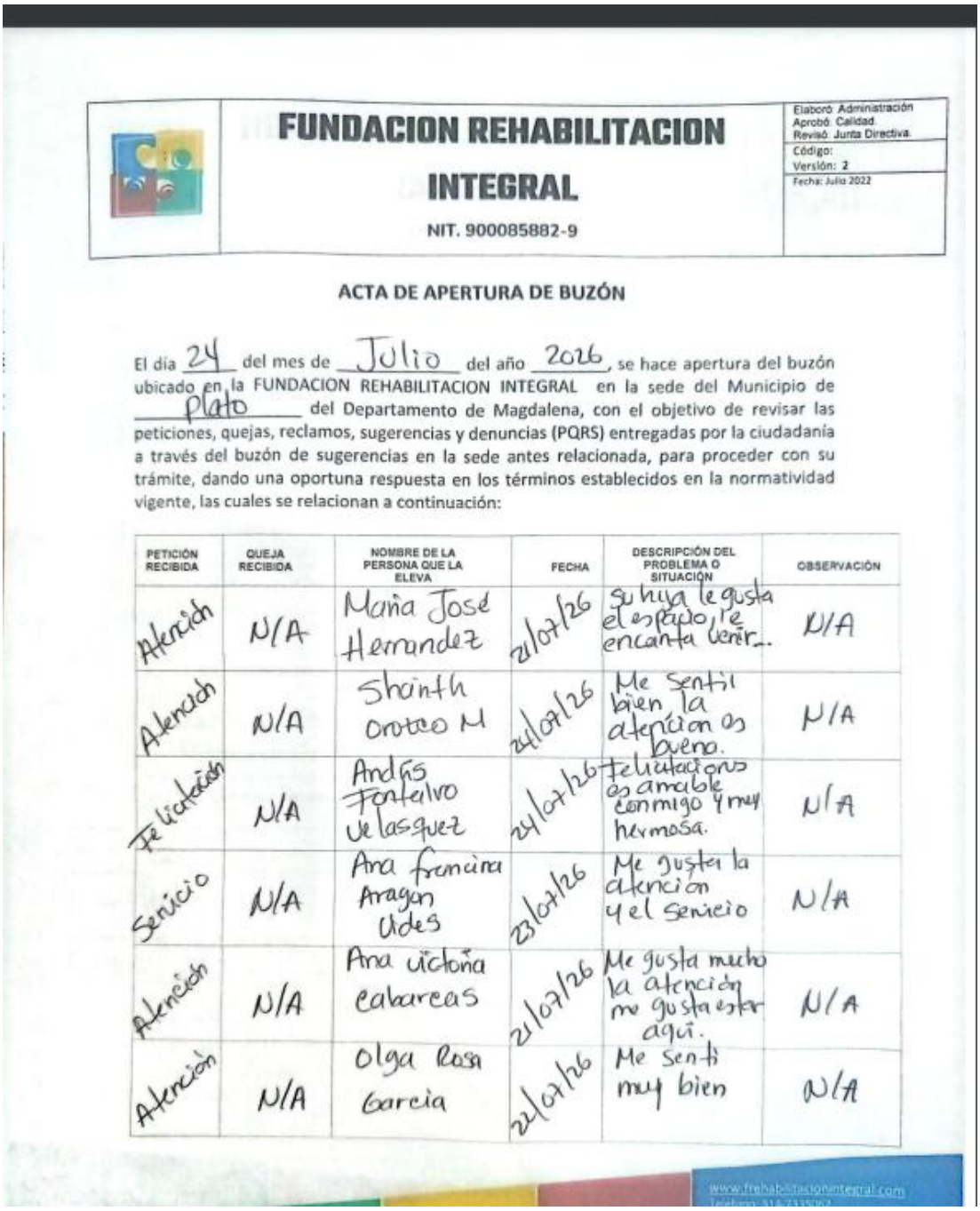
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

[illegible]
mejorar [illegible]

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

Powered by CamScanner



FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

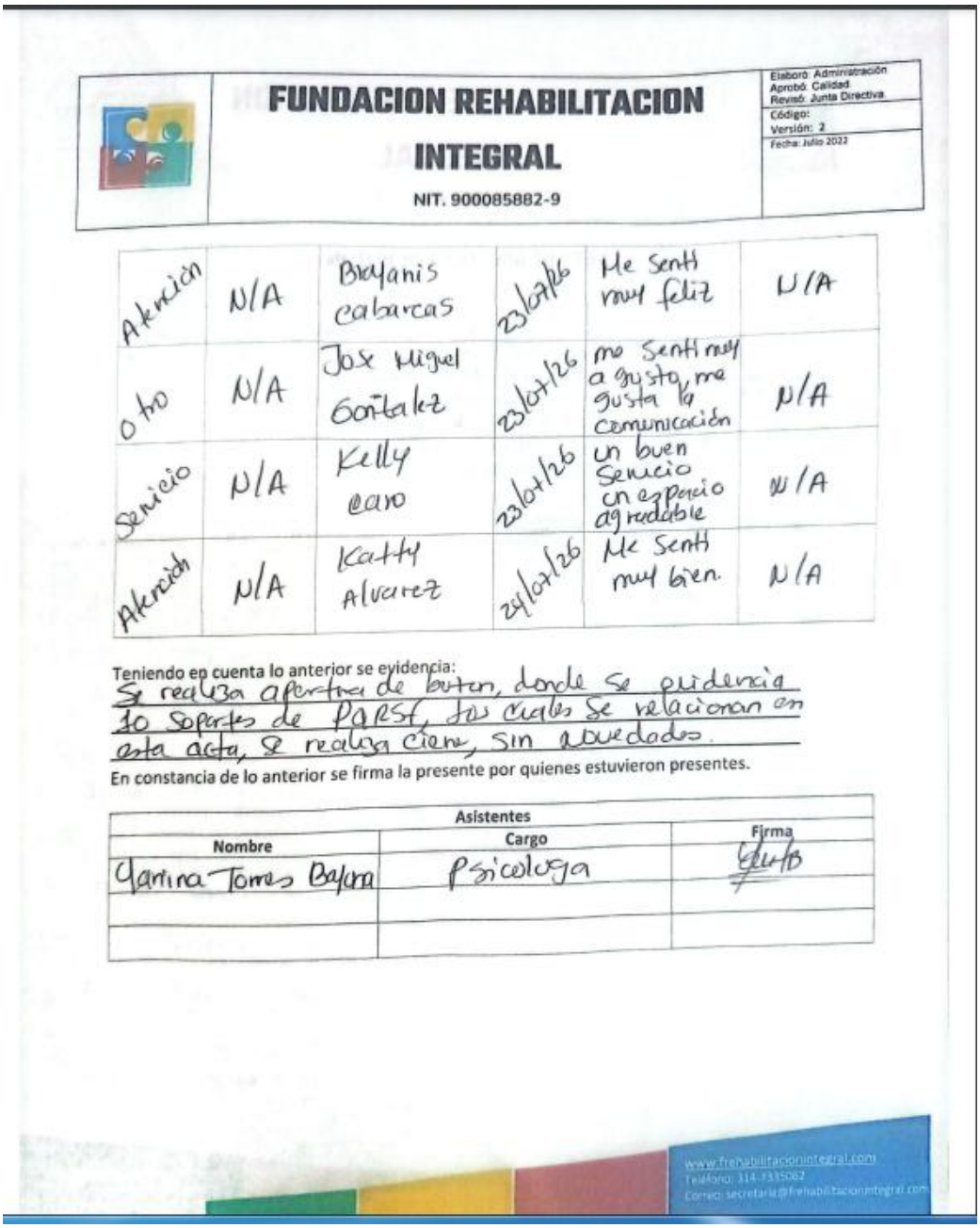
NIT. 900085882-9

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

ACTA DE APERTURA DE BUZÓN

El día 24 del mes de Julio del año 2026, se hace apertura del buzón ubicado en la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL en la sede del Municipio de Plato 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
Atención	N/A	Maria Jose Hernandez	21/07/26	su hija le gusta el espacio, le encanta venir..	N/A
Atención	N/A	Shainth Orozco M	21/07/26	Me sentí bien, la atención es bueno.	N/A
Felicitación	N/A	Andrés Fontalvo Velasquez	24/07/26	Felicitaciones es amable conmigo y muy hermosa.	N/A
Servicio	N/A	Ana francina Aragon Ucles	23/07/26	Me gusta la atención y el servicio	N/A
Atención	N/A	Ana victoria cabarcas	21/07/26	Me gusta mucho la atención me gusta estar aquí.	N/A
Atención	N/A	Olga Rosa Garcia	22/07/26	Me sentí muy bien	N/A



FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

NIT. 900085882-9

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

Atención	N/A	Brayanis Cabarcas	23/07/26	Me Sentí muy feliz	N/A
Otro	N/A	Jose Miguel Gonzalez	23/07/26	me Sentí muy a gusto, me gusta la comunicación	N/A
Servicio	N/A	Kelly Caro	23/07/26	un buen Servicio en espacio agradable	N/A
Atención	N/A	Katty Alvarez	24/07/26	Me Sentí muy bien.	N/A

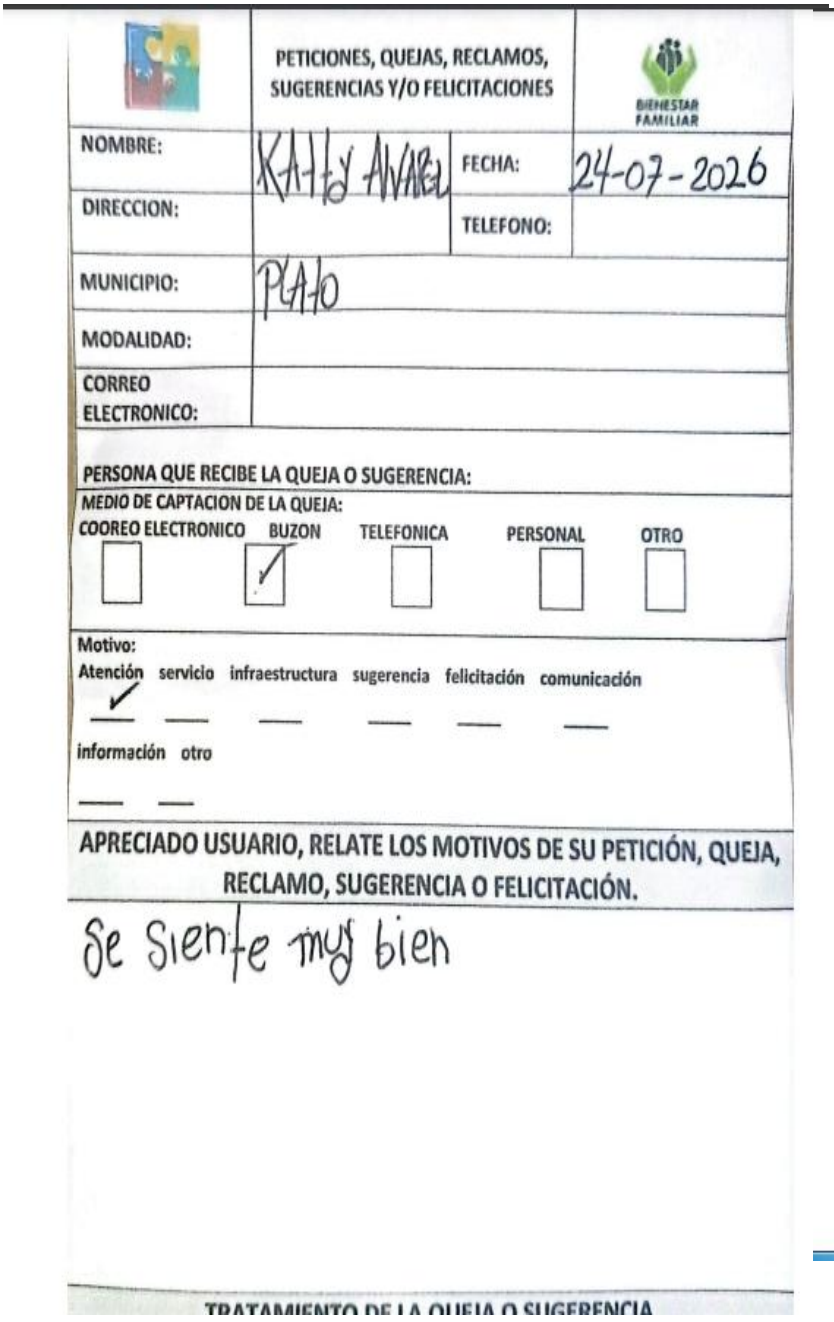
Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia:
Se realiza apertura de boton, donde se evidencia 10 soportes de PARSI, los cuales se relacionan en esta acta, se realiza cierre sin novedades.

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

Asistentes		
Nombre	Cargo	Firma
Yarina Torres Bajana	Psicologa	

www.frehabilitacionintegral.com
Teléfono: 314-7335082
Correo: secretaria@frehabilitacionintegral.com

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



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	KATTY ANAYA	FECHA:	24-07-2026
DIRECCION:		TELEFONO:	
MUNICIPIO:	PLATO		
MODALIDAD:			
CORREO ELECTRONICO:			

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:

MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:

COOREO ELECTRONICO	BUZON	TELEFONICA	PERSONAL	OTRO
☐	☑	☐	☐	☐

Motivo:

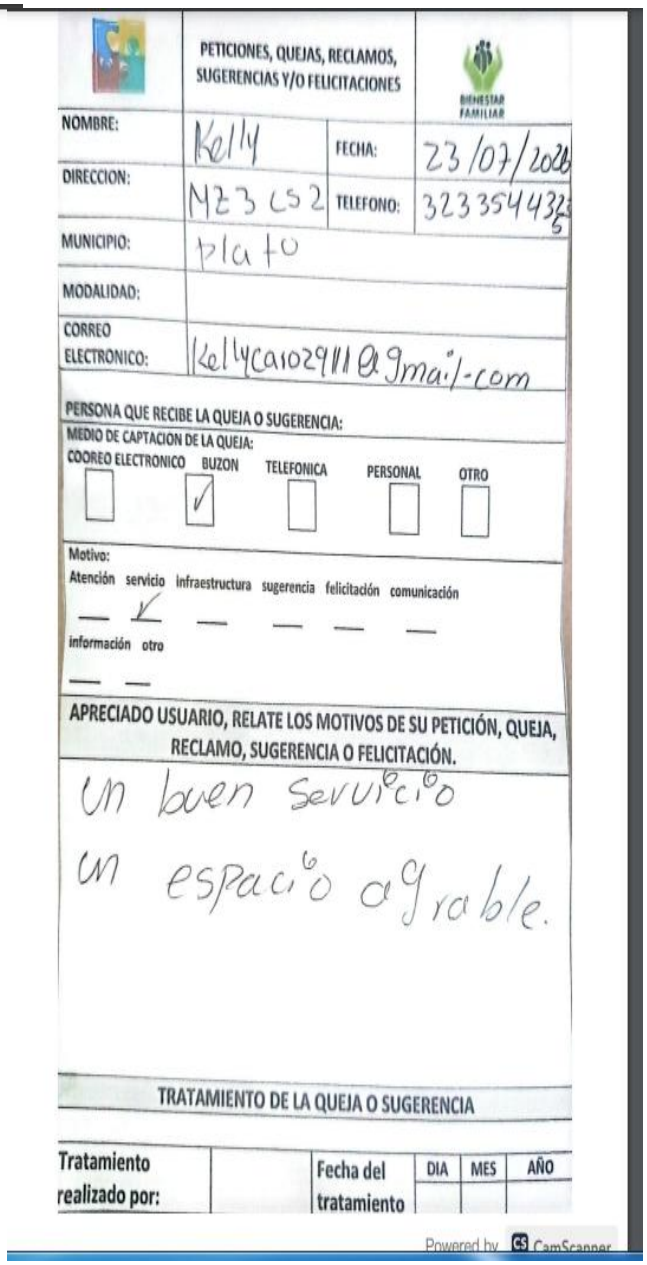
Atención	servicio	infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación
✓	—	—	—	—	—

información	otro
—	—

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

Se siente muy bien

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	Kelly	FECHA:	23/07/2026
DIRECCION:	MZ3 CS2	TELEFONO:	3233544325
MUNICIPIO:	plato		
MODALIDAD:			
CORREO ELECTRONICO:	kellyca1029111@gmail.com		

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.

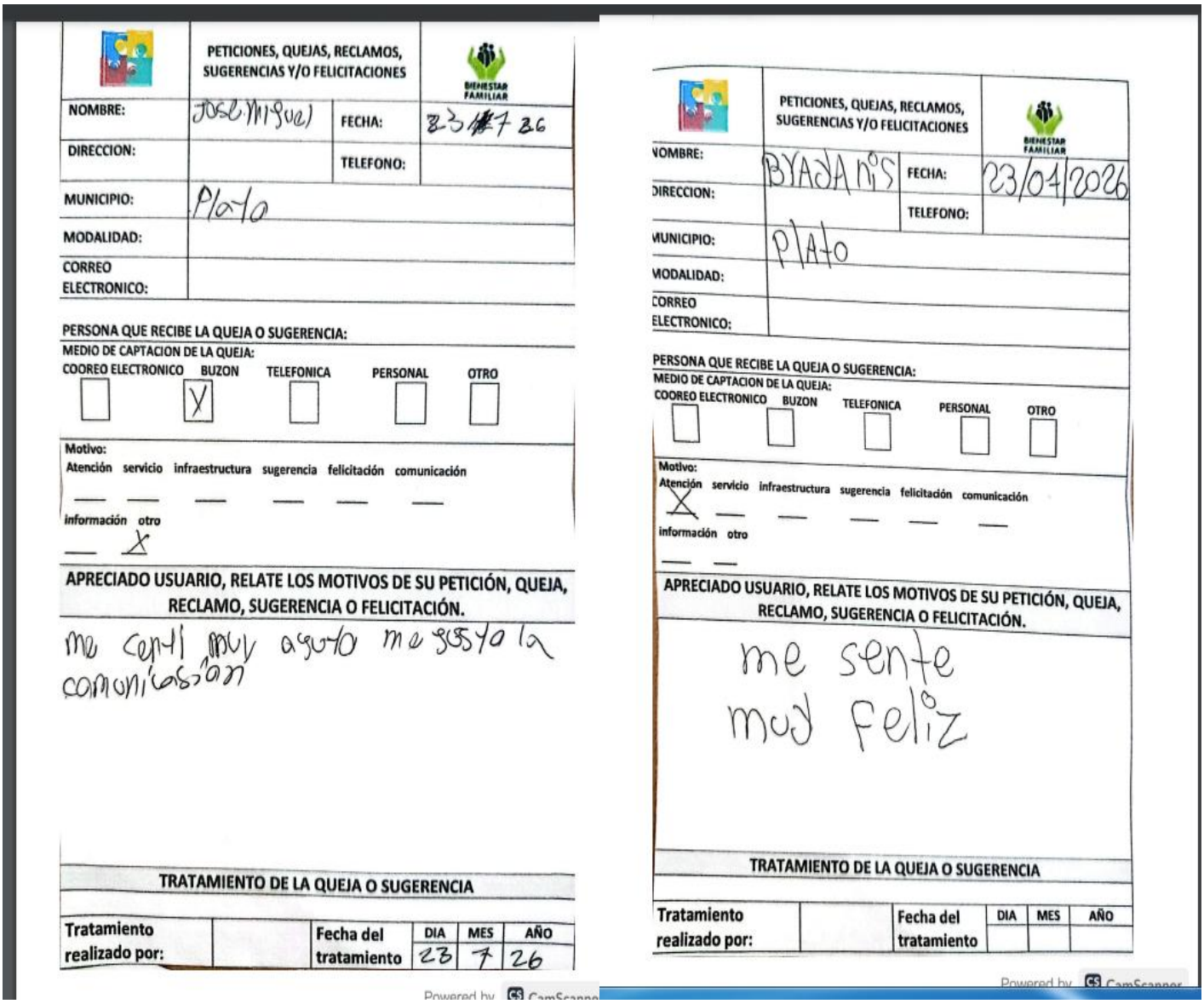
Un buen servicio
un espacio agradable.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

Powered by CamScanner

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



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: José Miguel FECHA: 23/7/26
DIRECCION: TELEFONO:
MUNICIPIO: Plato
MODALIDAD:
CORREO ELECTRONICO:

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:
MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:
COOREO ELECTRONICO [ ] BUZON [Y] 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 cayó muy agusto me gusta la comunicasion

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			23	7	26

Powered by CamScanner

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: BYADA NIS FECHA: 23/04/2026
DIRECCION: TELEFONO:
MUNICIPIO: PLATO
MODALIDAD:
CORREO ELECTRONICO:

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:
MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA:
COOREO ELECTRONICO [ ] BUZON [ ] TELEFONICA [ ] PERSONAL [ ] OTRO [ ]

Motivo:
Atención [X] servicio [ ] infraestructura [ ] sugerencia [ ] felicitación [ ] comunicación [ ]
información [ ] otro [ ]

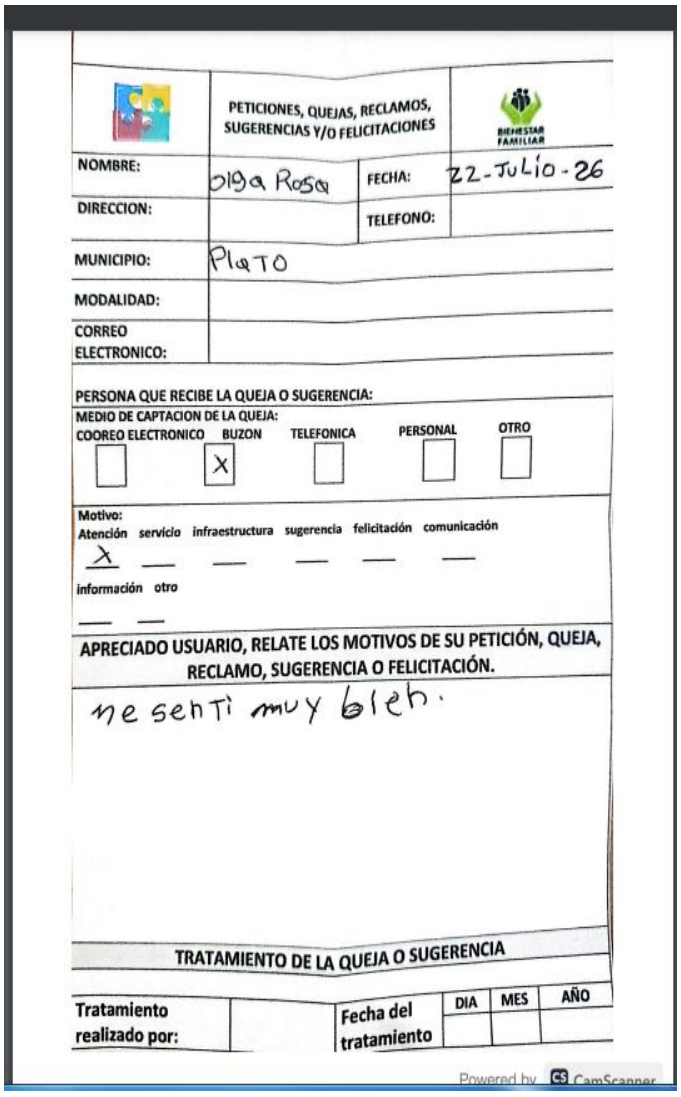
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.
me siente muy feliz

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

Powered by CamScanner

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



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE:	Olga Rosa	FECHA:	22-JULIO-26
DIRECCION:		TELEFONO:	
MUNICIPIO:	Plato		
MODALIDAD:			
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

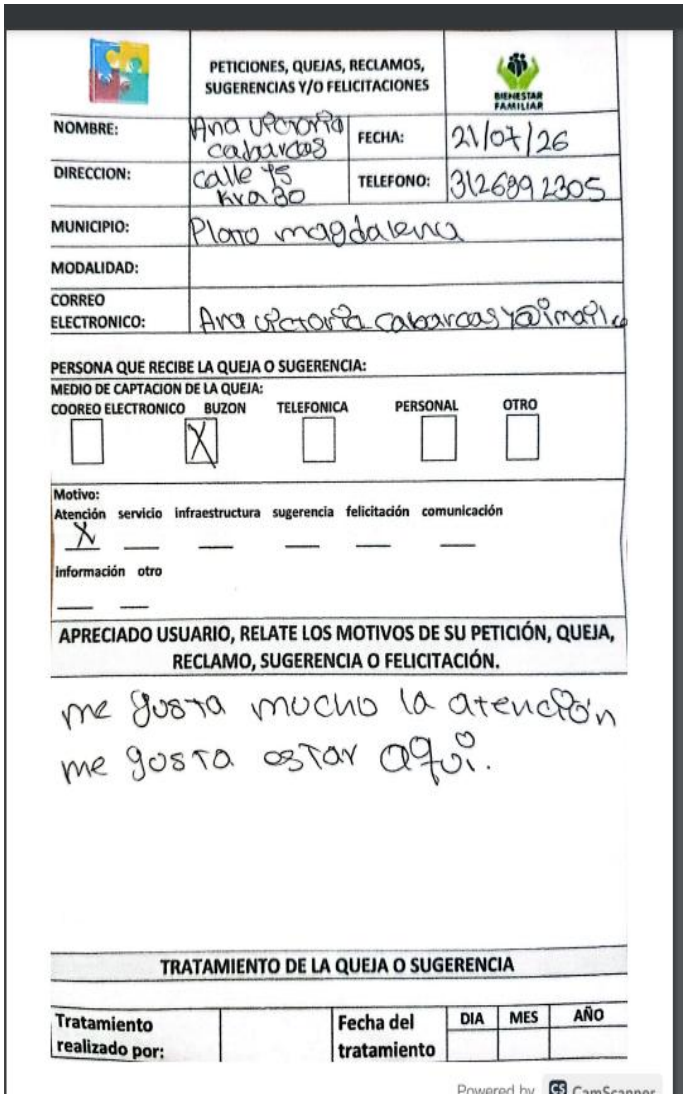
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

me senti muy bien.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

Powered by CamScanner



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE:	Ana Victoria cabarcas	FECHA:	21/07/26
DIRECCION:	calle 15 kra 30	TELEFONO:	3126892305
MUNICIPIO:	Plato magdalena		
MODALIDAD:			
CORREO ELECTRONICO:	Ana victoria cabarcas y@gmail.co		

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

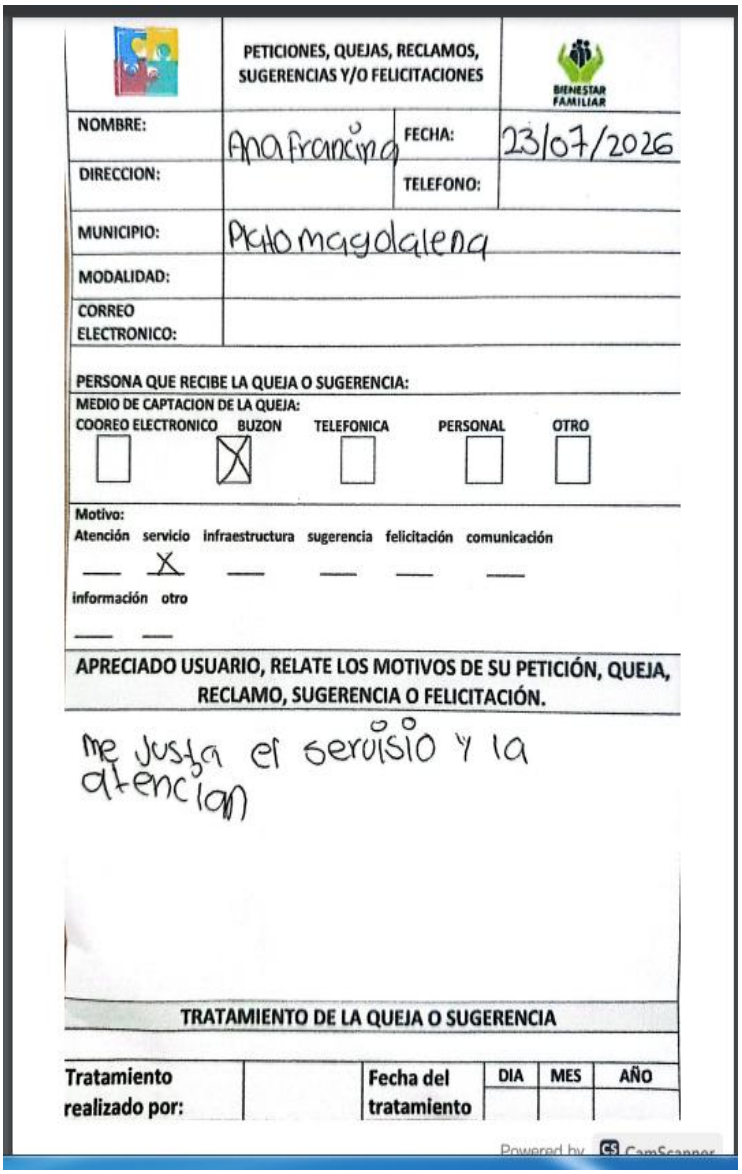
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

me gusta mucho la atención
me gusta estar aquí.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

Powered by CamScanner



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	Ana francina	FECHA:	23/07/2026
DIRECCION:		TELEFONO:	
MUNICIPIO:	Plato magdalena		
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
—	X	—	—	—	—

información	otro
—	—

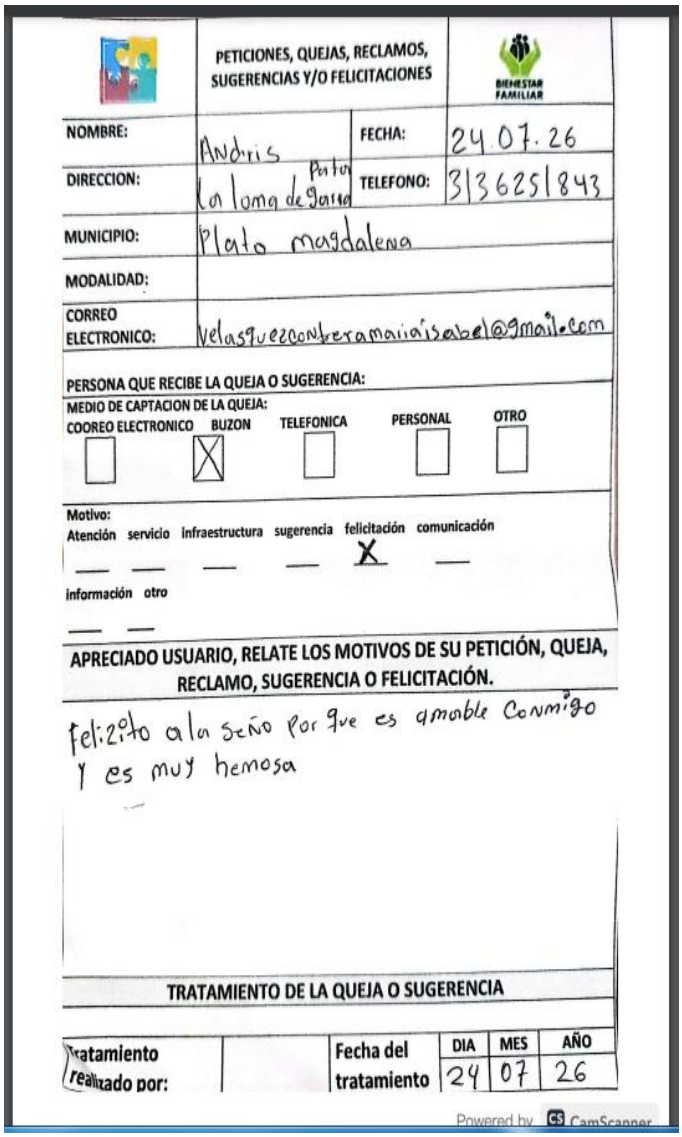
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

me justa el servisio y la atencion

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO

Powered by CamScanner



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE:	Andris	FECHA:	24.07.26
DIRECCION:	La loma de Parra Pinto	TELEFONO:	3136251843
MUNICIPIO:	Plato magdalena		
MODALIDAD:			
CORREO ELECTRONICO:	velasquezcontreramaiaisabel@gmail.com		

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
—	—

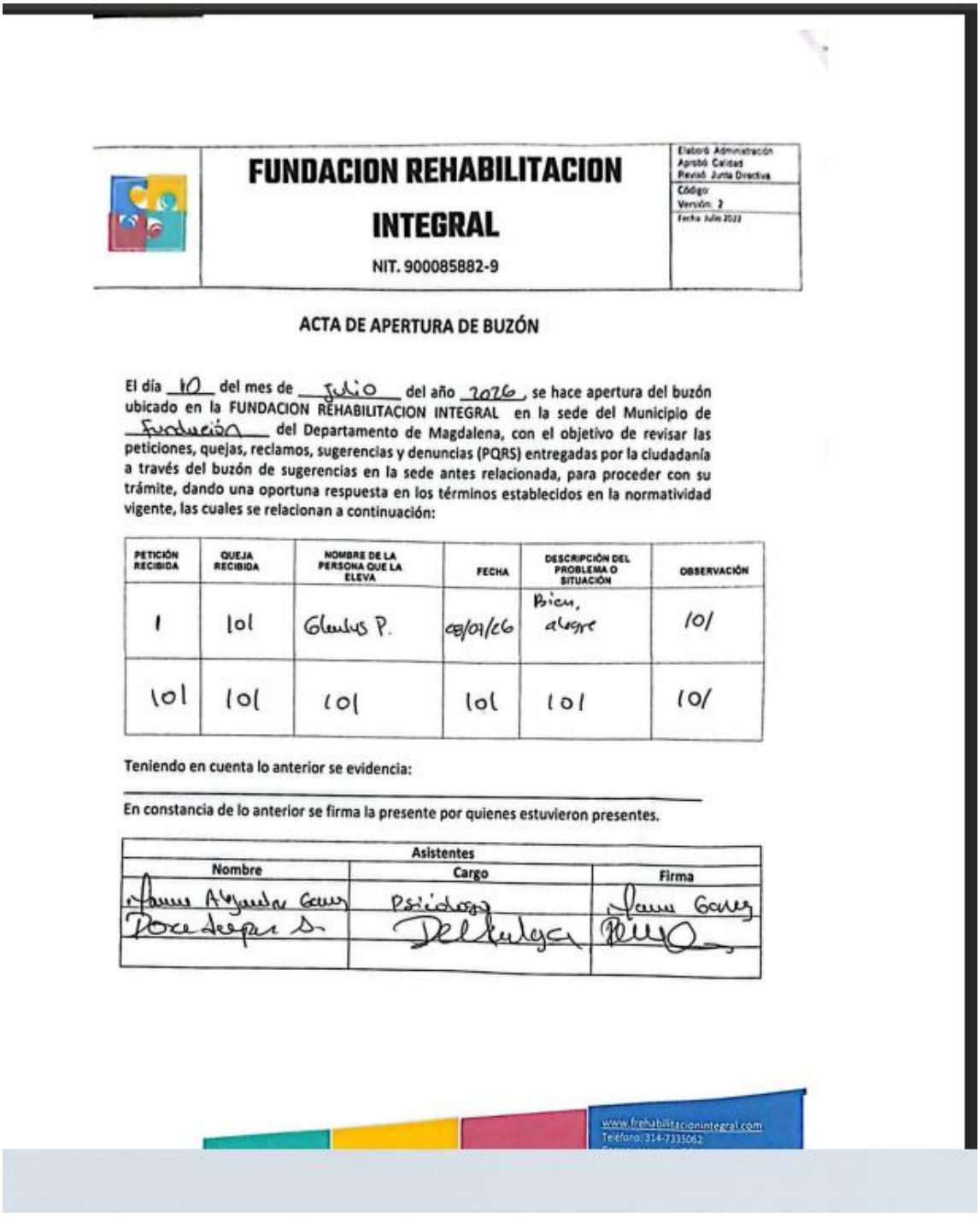
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

felizcito a la seño por que es amable conmigo y es muy hemosa

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			24	07	26

Powered by CamScanner



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 10 del mes de Julio 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:

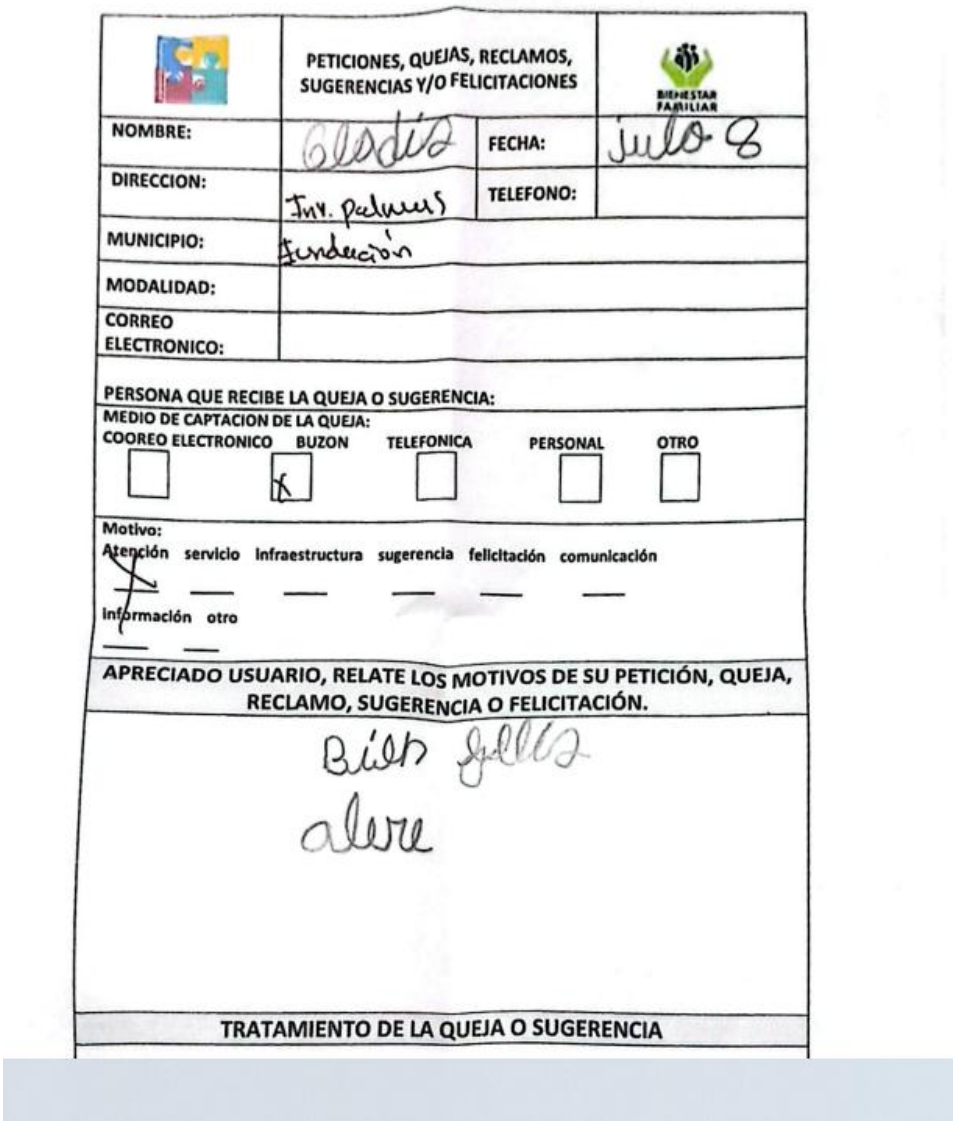
PETICIÓN RECIBIDA	QUEJA RECIBIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE LA ELEVA	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN	OBSERVACIÓN
1	lol	Glenis P.	08/07/26	Bien, alegre	lol
lol	lol	lol	lol	lol	lol

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia:

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

Asistentes		
Nombre	Cargo	Firma
Jenny Alejandra Gomez	Psicologa	Jenny Gomez
Doce Lespe S.	Delegada	

www.frehabilitacionintegral.com
Teléfono: 314-7335062



	PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES		
NOMBRE:	Gladys	FECHA:	Julio 8
DIRECCION:	Inv. palmas	TELEFONO:	
MUNICIPIO:	Fundación		
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
—	—

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

Bien gracias
alere

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

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 10 del mes de JULIO del año 2026, se hace apertura del buzón ubicado en la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL en la sede del Municipio de CIENAGA 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	ROSA ISABELA DIAZ	09/07/2026	ME PARECE QUE OFRECEN MUY BUENA ATENCIÓN.	NINGUNA
②		LUISA ROJA	09/07/2026	ME GUSTA MUCHO SUS PROCESOS	
③	NINGUNA	SHARIL ALVARENES	09/07/2026	- ME ATIENDEN MUY BIEN MUCHO POR QUE ME TRATAN BIEN. ME GUSTA LA ATENCIÓN	NINGUNA
④		JORGANIS HEREDO	09/07/2026	- ME PARECE MUY BIEN LA ATENCIÓN	
⑤		FREDYS MAR CASADO	09/07/2026	- LA ATENCIÓN ME PARECE BIEN	

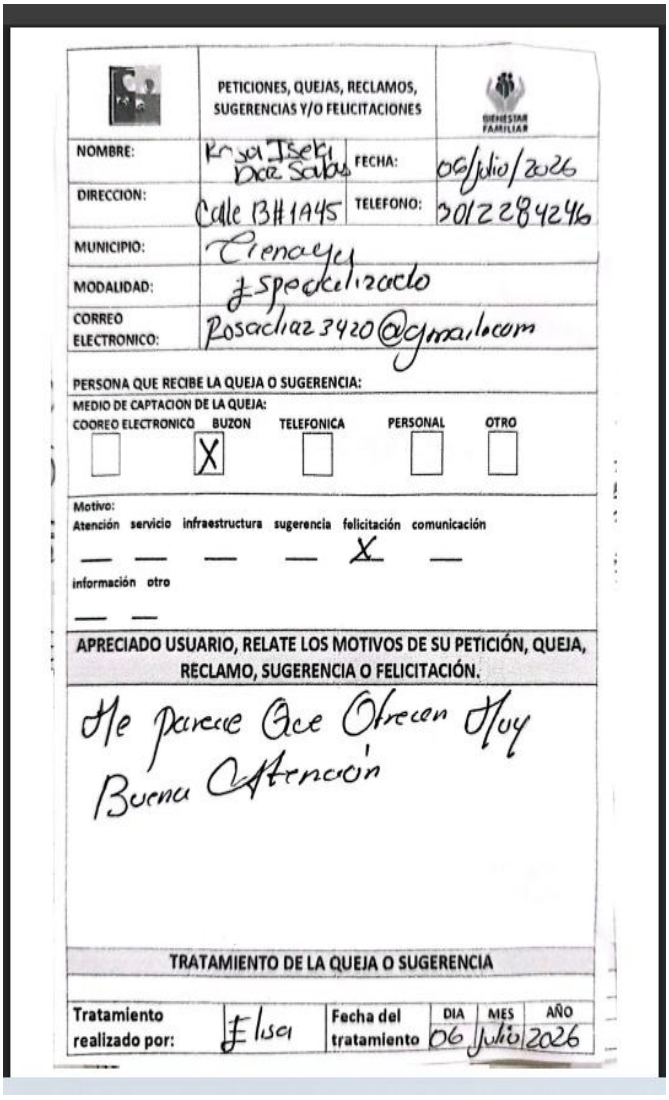
Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia:
SE REALIZO 5 PQR O BENEFICIARIOS DE LA FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL.

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

Asistentes		
Nombre	Cargo	Firma
YAMILETH PEREIRA	PSICOLOGA	
Elen Pitalua	Psicóloga	
Rosalis Acosta	Auxiliar Jurídico	

www.frehabilitacionintegral.com

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



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: Kryssi Isela Diaz Sabas | FECHA: 06/julio/2026
DIRECCION: Calle 13#1A45 | TELEFONO: 3012284246
MUNICIPIO: Cienaga
MODALIDAD: Especializado
CORREO ELECTRONICO: Rosachaz3420@gmail.com

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:
MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA: COOREO ELECTRONICO [ ] BUZON [X] TELEFONICA [ ] PERSONAL [ ] OTRO [ ]

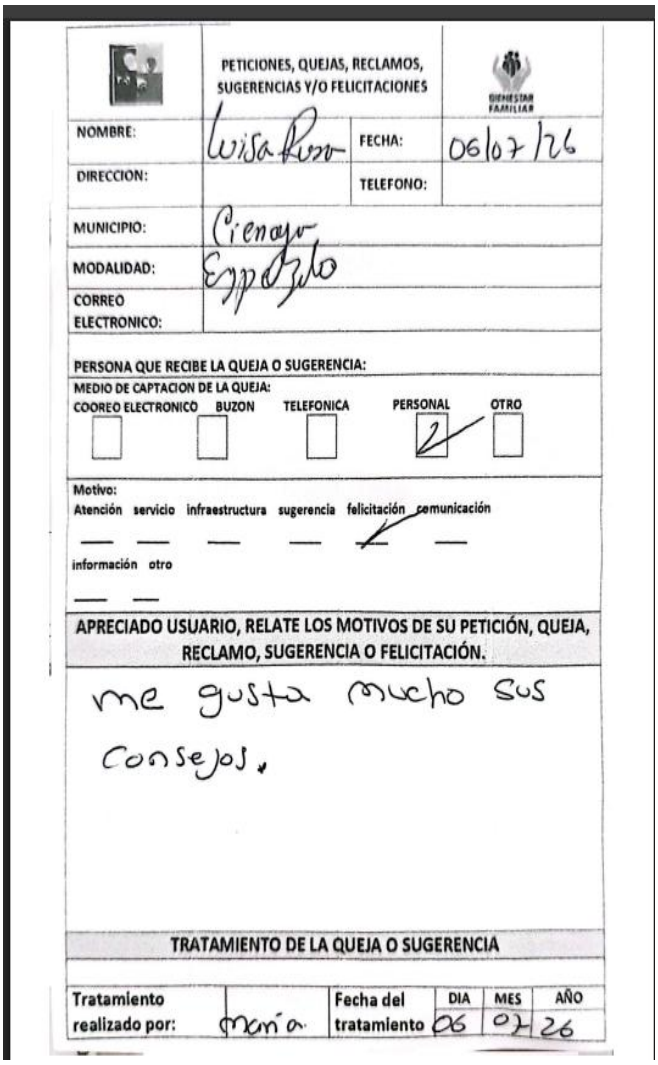
Motivo: Atención — servicio — infraestructura — sugerencia — felicitación X — comunicación —
información — otro —

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

He parece Que Ofrecen Muy Buena Atención

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por: Elisa | Fecha del tratamiento: DIA 06 MES Julio AÑO 2026



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: Luisa Ruiz | FECHA: 06/07/26
DIRECCION: | TELEFONO:
MUNICIPIO: Cienaga
MODALIDAD: Especializado
CORREO ELECTRONICO:

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:
MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA: COOREO ELECTRONICO [ ] BUZON [ ] TELEFONICA [ ] PERSONAL [2] OTRO [ ]

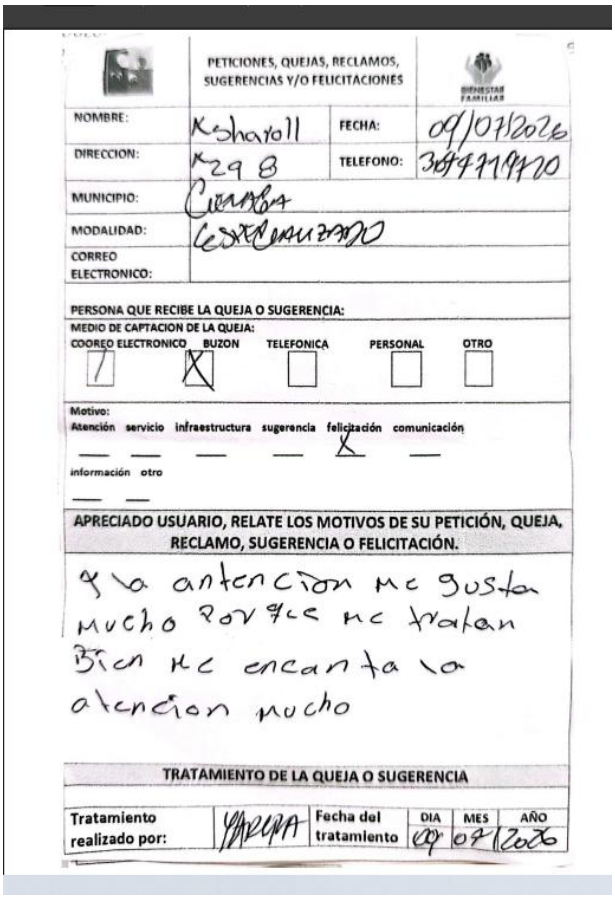
Motivo: Atención — servicio — infraestructura — sugerencia — felicitación 1 — comunicación —
información — otro —

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

me gusta mucho sus consejos.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por: maría | Fecha del tratamiento: DIA 06 MES 07 AÑO 26



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: Kharoll FECHA: 09/07/2026
DIRECCION: K29 8 TELEFONO: 3047717770
MUNICIPIO: Cienaga
MODALIDAD: ESPECIALIZADO
CORREO ELECTRONICO:

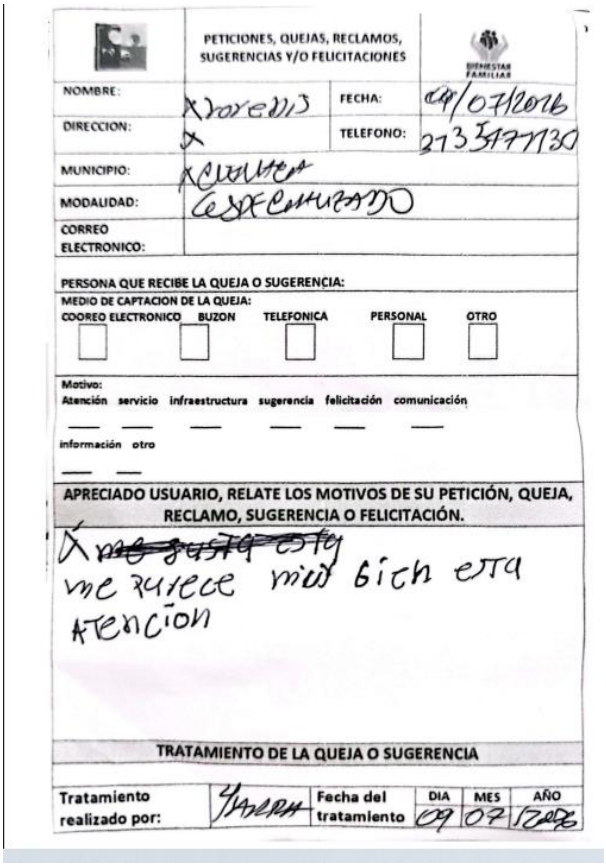
PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:
MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA: COOREO ELECTRONICO [/] BUZON [X] TELEFONICA [ ] PERSONAL [ ] OTRO [ ]
Motivo: Atención [ ] servicio [ ] infraestructura [ ] sugerencia [ ] felicitación [X] comunicación [ ] información [ ] otro [ ]

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

Q la antencion me gusta mucho Porque me tratan Bien me encanta la atencion mucho

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por: YAMILA Fecha del tratamiento DIA 09 MES 07 AÑO 2026



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: [illegible] FECHA: 09/07/2026
DIRECCION: [illegible] TELEFONO: 3133477730
MUNICIPIO: [illegible]
MODALIDAD: ESPECIALIZADO
CORREO ELECTRONICO:

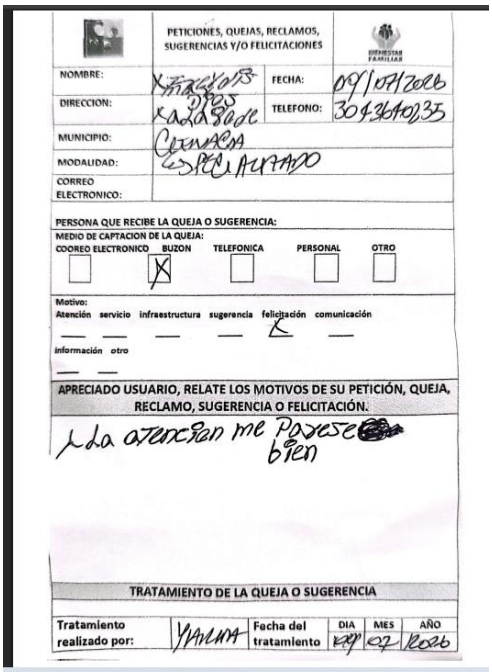
PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:
MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA: COOREO ELECTRONICO [ ] BUZON [ ] TELEFONICA [ ] PERSONAL [ ] OTRO [ ]
Motivo: Atención [ ] servicio [ ] infraestructura [ ] sugerencia [ ] felicitación [ ] comunicación [ ] información [ ] otro [ ]

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

X ~~no gusta esto~~ me parece muy bien esta atencion

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por: YAMILA Fecha del tratamiento DIA 09 MES 07 AÑO 2026



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE: [illegible] FECHA: 09/07/2026
DIRECCION: [illegible] TELEFONO: 3043640235
MUNICIPIO: Cienaga
MODALIDAD: ESPECIALIZADO
CORREO ELECTRONICO:

PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA O SUGERENCIA:
MEDIO DE CAPTACION DE LA QUEJA: COOREO ELECTRONICO [ ] BUZON [X] TELEFONICA [ ] PERSONAL [ ] OTRO [ ]
Motivo: Atención [ ] servicio [ ] infraestructura [ ] sugerencia [ ] felicitación [X] comunicación [ ] información [ ] otro [ ]

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

La atencion me parece bien

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por: YAMILA Fecha del tratamiento DIA 09 MES 07 AÑO 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 **24** del mes de **Julio** 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:

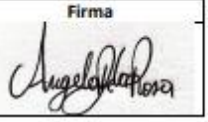
PETICIÓN RECIBIDA	QUEJA RECIBIDA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE LA ELEVA	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN	OBSERVACIÓN
Felicitación	N/A	SEBASTIAN FONTALVO CARRANZA	22/07/2026	La verdad es muy chévere hablar con ella además de que sabe escuchar y da muy buenos consejos	N/A
Felicitación	N/A	ISATH GUZMAN	22/07/2026	Que ella es amable con nosotros	N/A
Felicitacion	N/A	ANDREA CANTILLO CARRANZA	22/07/2026	Porque es muy amable y cariñosa	N/A
Felicitación	N/A	ANA MARY HERNANDEZ NAVARRO	23/07/2026	Yo felicito a la doctora Angela porque ella atiende muy bien y me gusta como atiende.	N/A
Felicitación	N/A	YAILIN MARTINEZ	23/07/2026	Yo escribo esto por motivo de felicitación, ya que me he sentido mejor con todas las terapias que me	N/A

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

				da, me ayuda demasiado psicológicamente y poco a poco me hace entenderme a mi misma.	
Felicitación	N/A	BRITHANY VARGAS OROZCO	24/07/2026	Me gusta esto porque mi psicóloga me trata bien, me siento feliz, me ayuda con mis cosas y ella es muy alegre conmigo	N/A
Felicitación	N/A	LUCIANA CANTILLO	24/07/2026	Felicito a la señora Angela por su buena atención, es impresionante como maneja los temas conmigo	N/A

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia:
El día de hoy 24 de julio se realizó apertura de buzón, evidenciándose 7 formatos diligenciados, por los servicios recibidos en el espacio de atención psicológica especializada.

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

Asistentes		
Nombre	**Cargo**	**Firma**
ANGELA DE LA ROSA HURTADO	**PSICOLOGA**	

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE:	Luciana Castillo	FECHA:	24/07/2026
DIRECCION:	21-19A-02	TELEFONO:	300 727 0055
MUNICIPIO:	Pivijay		
MODALIDAD:	Apoyo Psicologico		
CORREO ELECTRONICO:	luciana castillo@gmail.com		

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.

Felicito a la señora Angela, Por su buena atención. Es impresionante como maneja los temas conmigo.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			24	07	2026

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE:	Brithanis	FECHA:	24/07/2026
DIRECCION:		TELEFONO:	
MUNICIPIO:			
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
—	—	—	—	—	—	—	—

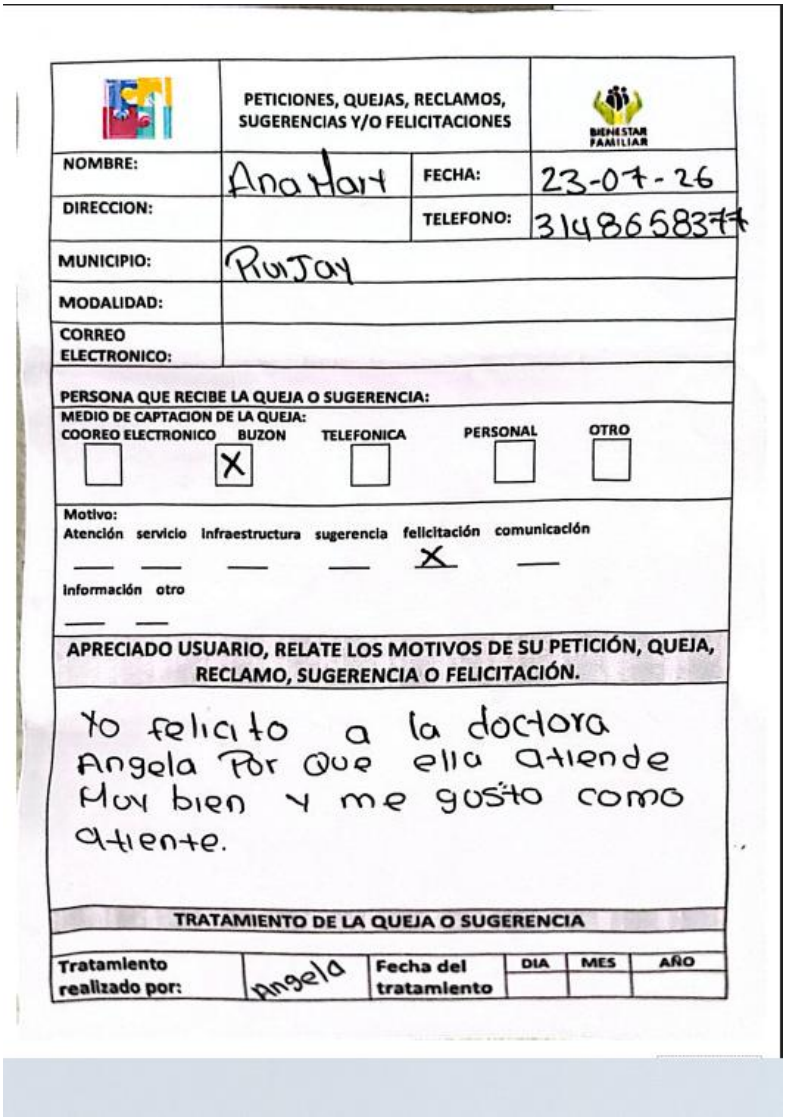
APRECIADO USUARIO, RELATE LOS MOTIVOS DE SU PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

me gusta esto porque mi sipcologa me trata bien me siento echa me ayuda con mis cosas y ella es muy piedosa conmigo

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			24	07	2026

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



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE:	Ana Hart	FECHA:	23-07-26
DIRECCION:		TELEFONO:	3148658377
MUNICIPIO:	RiJay		
MODALIDAD:			
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.

Yo felicito a la doctora Angela Por Que ella atiende Muy bien y me gusto como atiente.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Angela	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE:	Yailin Martinez	FECHA:	23-07-25
DIRECCION:	Dg 20 # 3-78	TELEFONO:	3046324405
MUNICIPIO:	Ruyay Magdalena		
MODALIDAD:	Apoyo Psicologico		
CORREO ELECTRONICO:	Martinez4ai365@gmail.com		

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
—	—	—	—	✓	—

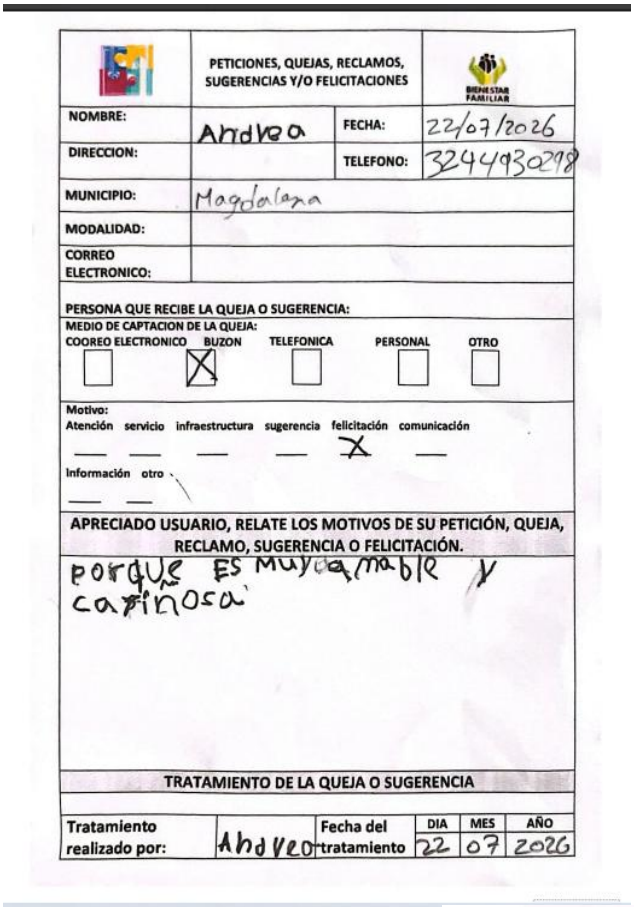
Información	otro
—	—

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

Yo escribo esto Por motivo de felicitación, ya queme he sentido mejor con todas las terapias que me da, me ayuda demasiado Psicologicamente y Poco a Poco me hace entenderme a mi misma.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			23	07	26



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE:	Andrea	FECHA:	22/07/2026
DIRECCION:		TELEFONO:	3244930298
MUNICIPIO:	Magdalena		
MODALIDAD:			
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.

porque es muy amable y cariñosa

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:	Andrea	Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			22	07	2026



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE:	Icodh	FECHA:	22 07 2026
DIRECCION:		TELEFONO:	3244930298
MUNICIPIO:	Pivijay magdalena		
MODALIDAD:			
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.

Ole es ya es una amiga con casa con nosotros

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			22	07	2026



PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES

NOMBRE:	Sebastian	FECHA:	22/07/2026
DIRECCION:		TELEFONO:	
MUNICIPIO:	Pivijay		
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
	X			

Motivo:

Atención	servicio	Infraestructura	sugerencia	felicitación	comunicación
—	—	—	—	X	—

Información otro

— —

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

La verdad es muy chevere hablar con ella además de que sabe escuchar y da muy buenos consejos.

TRATAMIENTO DE LA QUEJA O SUGERENCIA

Tratamiento realizado por:		Fecha del tratamiento	DIA	MES	AÑO
			22	07	2026

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

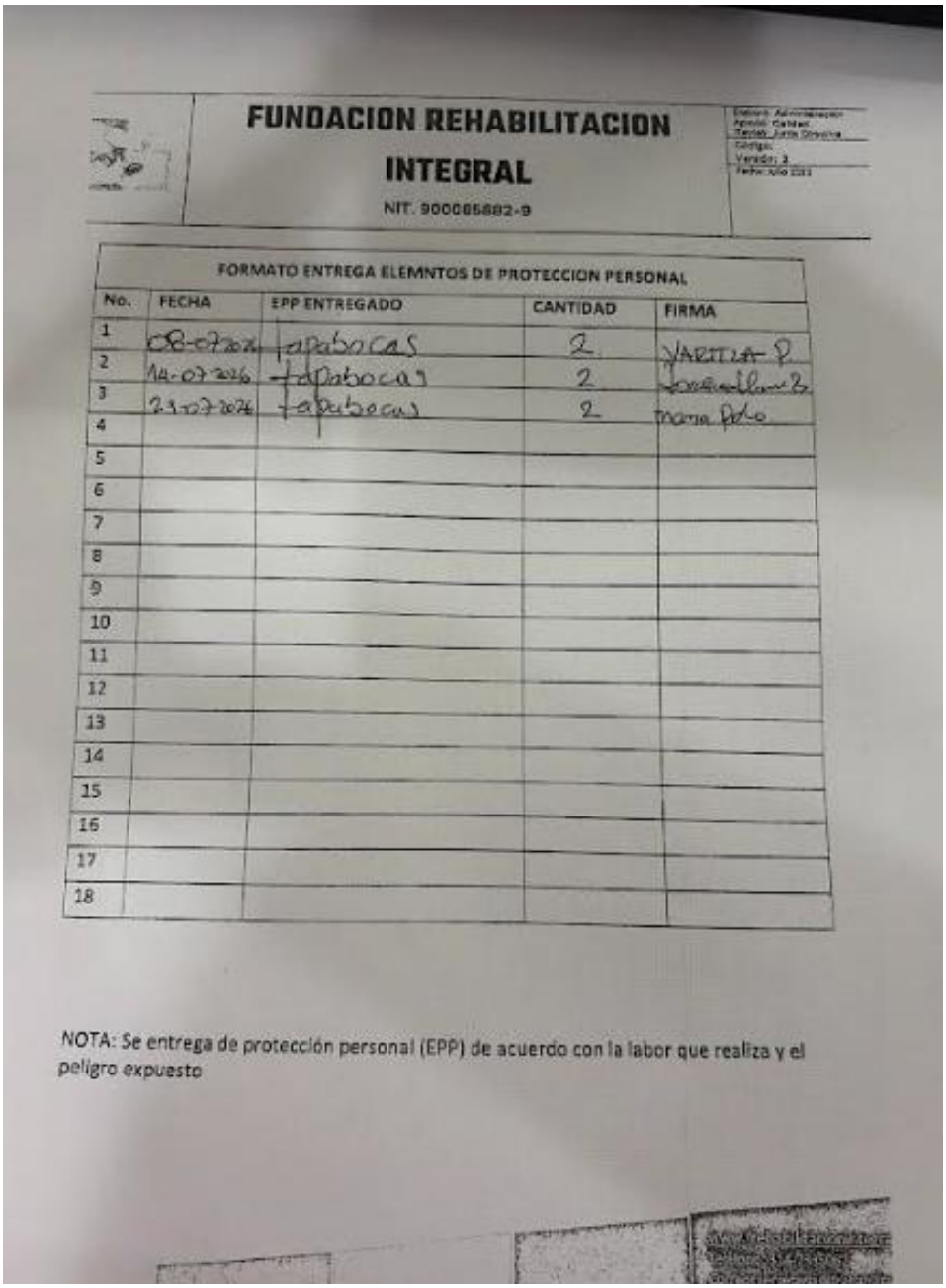
F23.G7.ABS
Versión 2
Página 1 de 1
24/11/2021
Clasificación de la Información
Pública

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: Administrador
Aprobó: Gerente
Revisó: Junta Directiva
Código:
Versión: 3
Fecha: Año 2021

FORMATO ENTREGA ELEMNTOS DE PROTECCION PERSONAL

No.	FECHA	EPP ENTREGADO	CANTIDAD	FIRMA
1	08-07-2024	tapabocas	2	
2	14-07-2024	tapabocas	2	
3	21-07-2024	tapabocas	2	
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

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS Página 1 de 4

NIT. 800033723

CALLE 70 N 46 -56 3657960

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 26717964	
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 [ ]

RE LOSIONES 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 'O.

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).



AUDITORIA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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(a) 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), ha comprendido y he tenido la oportunidad de aclarar el riesgoslos, 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 VISIONAMI 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 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), 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 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 M.

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

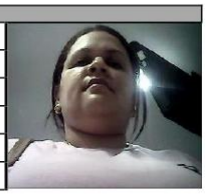
CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 762734

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

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 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

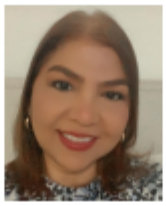
Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), arealizar en mi el examen médico y/o paraclinico(s)ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza yproposito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he 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). Fuí 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 veridicas. 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 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
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL UNIVERSIDAD LIBRE RESOLUCION 5159 5/11/2011

MILEDHYS MORENO MOSQUERA RM.2901 Rvs 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 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. 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 M.

Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD LIBRE
RESOLUCION 2158 MARZO 1997

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: 01/02/2026

TIPO DE VALORACIÓN CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

INGRESO [x] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] POSINCAPACIDAD [ ] REINTEGRO [ ] ALTURAS [ ]

TRABAJADOR: Loreine Llanos Romero C.C. 1023564344
CARGO: Auxiliar Administrativo SEXO F EDAD 33 AÑOS
INFORME:

EXAMEN	R	NR	
Md Osteomuscular	x		
Visiometría		-	
Audiometría		-	
Lab. Clínicos		-	

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

Apto para el cargo [x] — Sin patología aparente [x] — Con patología aparente [ ]
Apto con recomendaciones [ ] — Motivo: Sin restricciones Para el Cargo
Apto con restricciones [ ] — Motivo:
Aplazado [ ] — Motivo:
Recomendaciones específicas: Ninguna.

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 ruido	[ ]	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.

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	1.004.120.480

Nombre del Paciente: **ANGELA MARIA DE LA ROSA HURTADO**

Empresa: **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL**
Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO	24AÑOS	CASADO	PROFESIONAL	FUNDACION Mag	8/04/2026
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	
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 paraclinico(s)/ocupacional(es), registrado(s) en este documento. Ella) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza oportuna del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el riesgo, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la anamnesis 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). He informado de las medidas que tomará VISIONAMOS 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 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 RM:2901 Rvs SO 01768

Firma y Huella del Paciente o Responsable

C&M CONSULTORES IPS S.A.S
NIT. 900422116-1

Sede principal. Carrera 15 No. 103A-24 Bucaramanga - Santander
Sucursales. Santa Marta - Plato - Calle 5 No. 6-06 - El Banco
Cels. 301 540 1089 - 302 272 2666
Email. ips@cymconsultorespecialistas.com - gerencia@cymconsultorespecialistas.com
www.cymconsultorespecialistas.com



N° 7,788

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 (DÍA)	06 (MES)	2026 (AÑO)	EL BANCO (MAGDALENA, COLOMBIA) (Ciudad)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
DE LEON MENDOZA MADELIS ESTHER	FEMENINO	32 AÑOS 0 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	1084744394 (Número)

Cargo: PSICOLOGA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA, SIN ALTERACIONES, SIN LESIONES QUE IMPIDAN SU CORRECTO DESEMPEÑO.
SIN ANTECEDENTES ADICIONALES
SIN ALTERACIONES EN LA VALORACION OSTEOMUSCULAR
SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES
ESTILO DE VIDA SALUDABLE
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido 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 buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica 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.

Médico

Firma: Dr. Tibsay del Tibeth Ospino Echeverría LIC SST 0254277 11/04/2024

Nombre: CC: 22.668.334 - TIBSAY DEL TIBETH OSPINO

R. M.: 5711 L.S.O.: 02517

Código de Seguridad: W158C1I7788

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DE LEON MENDOZA MADELIS ESTHER

CC: 1084744394



Impreso el 03/06/2026 a las 11:02 a.m. Página 1 de 1 Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Santa Marta, 31 de julio 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, 31 de julio 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, 31 de julio 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, 31 de julio de 2026

CERTIFICACIÓN DE NO OCURRENCIA DE EVENTOS

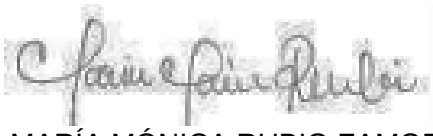
(Política de Prevención del Daño Antijurídico)

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.



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

Santa Marta, 31 de julio 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

Santa Marta, 31 de julio de 2026

CERTIFICACIÓN DE PERMANENCIA Y VINCULACIÓN DEL TALENTO HUMANO

Yo, María Mónica Rubio Zamora, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473, en calidad de Representante Legal de la Fundación Rehabilitación Integral, y Nelson Enrique Díaz Vásquez, identificado con cédula de ciudadanía No. 12.597.371, en calidad de Contador, con Tarjeta Profesional No. 56415-T, nos permitimos certificar que:

Durante el periodo de ejecución del 30 de enero de 2026 en el marco de la ejecución del Contrato No. 47006662025, correspondiente a la atención de 238 cupos, la entidad ha garantizado la permanencia y vinculación del personal mínimo requerido, conforme a lo establecido en el Manual Operativo y/o Guías Operativas de la Modalidad, así como en la Ficha de Condiciones Técnicas correspondiente.

De igual manera, se deja constancia de que el personal vinculado cumple con los perfiles, dedicación y condiciones exigidas para la adecuada prestación del servicio.

Se anexa a la presente certificación el registro en formato Excel, en el cual se relaciona detalladamente el talento humano vinculado, especificando.

En constancia, se firma en la ciudad de santa marta*, a los 31 días del mes de julio* ***de 2026.***



Firma Representante Legal
María Mónica Rubio Zamora
C.C. 1.083.041.473



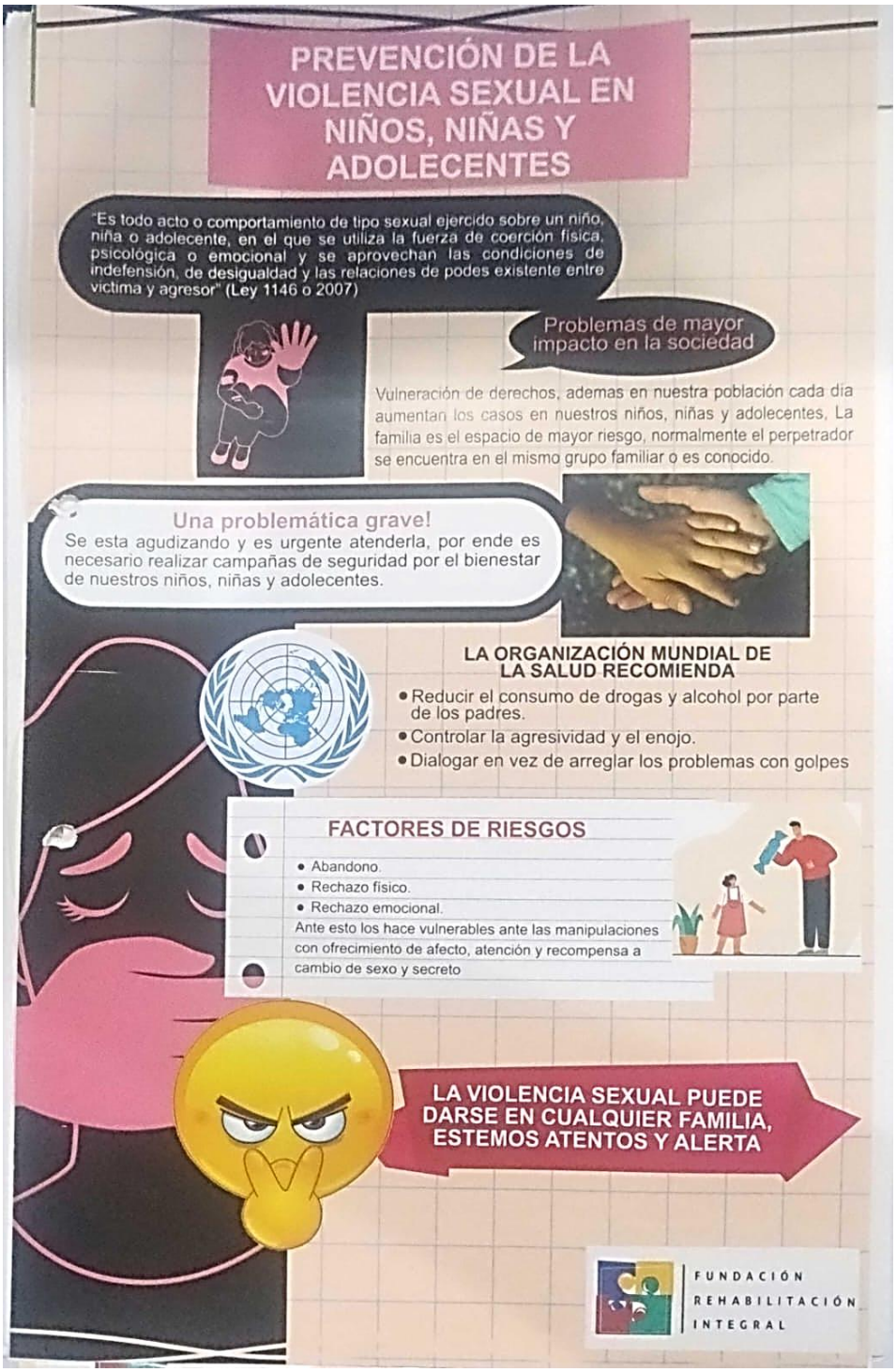
Firma Contador
Nelson Enrique Díaz Vásquez
C.C. 12.597.371
T.P. 56415-T

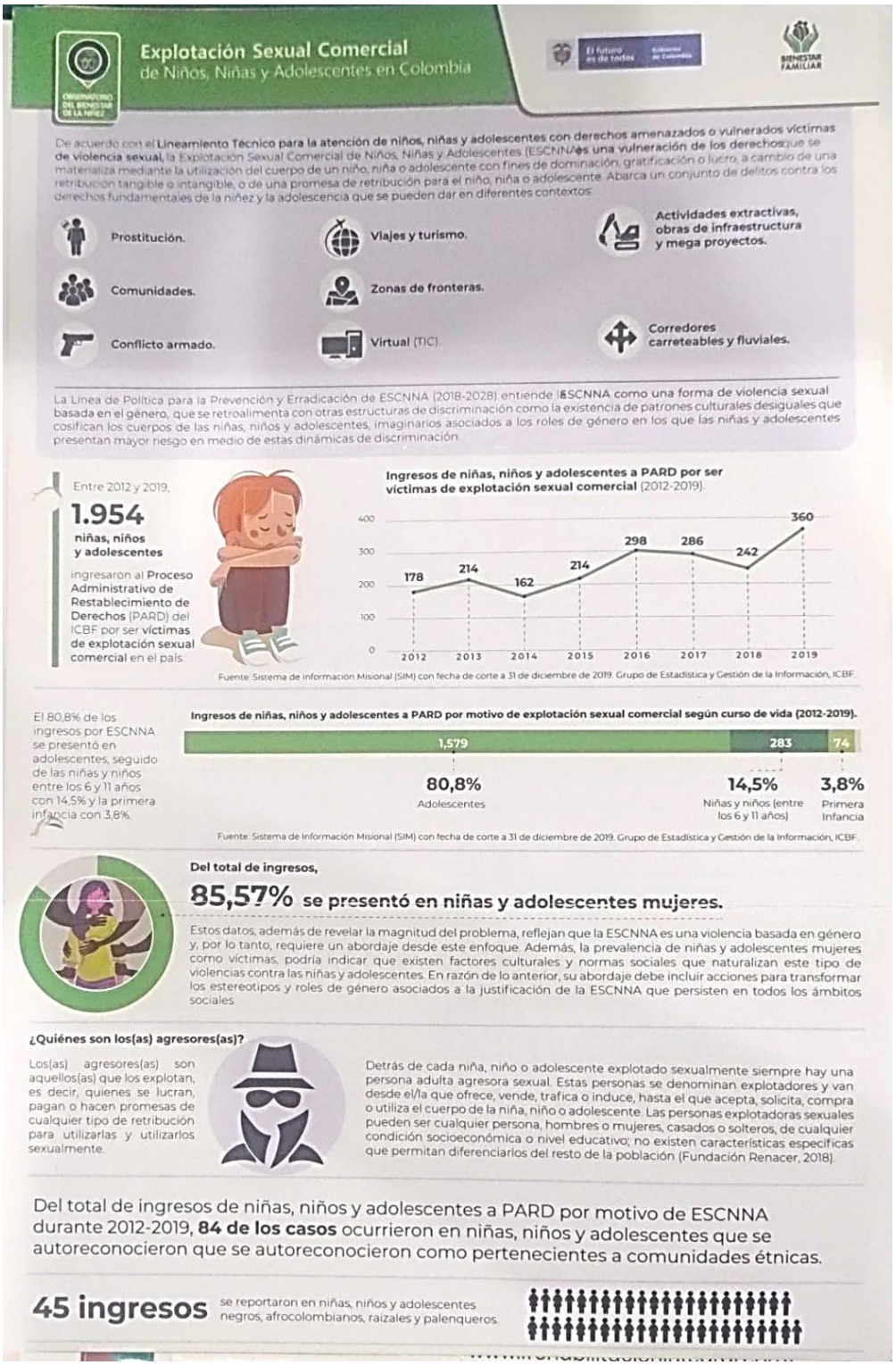
Registro en Excel en donde relacione la permanencia y vinculación del personal mínimo requerido.

RELACION DE PROFESIONALES CTO 47006662025 A1

N°	NOMBRES	IDENTIFICACION	CARGO	CENTRO ZONAL	ESCOLARIDAD	EXPERIENCIA LABORAL		TIPO DE CONTRATO	TIEMPO CONTRATADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
						AÑOS	MESES			DD/MM/AA	DD/MM/AA
1	Katty Vanessa Gonzalez Gaviria	1.221.963.655	COORDINADORA	GENERAL	PROFESIONAL PSICOLO	6	9	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	31/12/2025	31/07/2026
2	Elisa Margarita Velásquez Becerra	26.717.964	PSICOLOGA	CIENAGA	PROFESIONAL PSICOLO	17	7	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	31/12/2025	31/07/2026
3	María Emma Márquez Paz	1.221.963.773	PSICOLOGA	CIENAGA	PROFESIONAL PSICOLO	11	8	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	31/12/2025	31/07/2026
4	Yaritza Isabel Pereira Parra	1.221.969.886	PSICOLOGA	CIENAGA	PROFESIONAL PSICOLO	13	3	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	31/12/2025	31/07/2026
5	María Alejandra Gámez Gámez	1.819.116.727	PSICOLOGA	FUNDACION	PROFESIONAL PSICOLO	6	2	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	31/12/2025	31/07/2026
6	Rosa Angelina Tapias Acosta	1.081.911.107	PSICOLOGA	FUNDACION	PROFESIONAL PSICOLO	2	6	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	31/12/2025	31/07/2026
7	Angela Maria de la Rosa Hurtado	1.004.120.480	PSICOLOGA	PIVIJAY	PROFESIONAL PSICOLO	2	6	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	30/03/2026	31/07/2026
8	Yanina Alejandra Torres Bayona	1.082.851.012	PSICOLOGA	PLATO	PROFESIONAL PSICOLO	10	3	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	31/12/2025	31/07/2026
9	Madelis Esther De León Mendoza	1.084.744.394	PSICOLOGA	BANCO	PROFESIONAL PSICOLO	5	7	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	04/05/2026	31/07/2026
N°	AUX ADMINISTRATIVOS	IDENTIFICACION	CARGO	CENTRO ZONAL	ESCOLARIDAD	EXPERIENCIA LABORAL		TIPO DE CONTRATO	TIEMPO CONTRATADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
						AÑOS	MESES			DD/MM/AA	DD/MM/AA
10	CAROLINA SUMALABE GUERRERO	36.665.604	AUX ADMINISTRATIVO	GENERAL	CONTADOR PUBLCO	6	6	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	31/12/2025	31/07/2026
11	LORAINE CECILIA LLANOS ZAMORA	1.083.561.344	TECNICO OCUPACIOINAL	GENERAL	SIIGE	4	0	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIEMPO COMPLETO	31/12/2025	31/07/2026

Prevención y manejo de situaciones de riesgo


PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLECENTES
"Es todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolecente, en el que se utiliza la fuerza de coerción física, psicológica o emocional y se aprovechan las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de podes existente entre victima y agresor" (Ley 1146 o 2007)
Problemas de mayor impacto en la sociedad
Vulneración de derechos, ademas en nuestra población cada día aumentan los casos en nuestros niños, niñas y adolecentes. La familia es el espacio de mayor riesgo, normalmente el perpetrador se encuentra en el mismo grupo familiar o es conocido.
Una problemática grave!
Se esta agudizando y es urgente atenderla, por ende es necesario realizar campañas de seguridad por el bienestar de nuestros niños, niñas y adolecentes.
LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD RECOMIENDA
• Reducir el consumo de drogas y alcohol por parte de los padres.
• Controlar la agresividad y el enojo.
• Dialogar en vez de arreglar los problemas con golpes
FACTORES DE RIESGOS
• Abandono.
• Rechazo físico.
• Rechazo emocional.
Ante esto los hace vulnerables ante las manipulaciones con ofrecimiento de afecto, atención y recompensa a cambio de sexo y secreto
LA VIOLENCIA SEXUAL PUEDE DARSE EN CUALQUIER FAMILIA, ESTEMOS ATENTOS Y ALERTA
FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL



Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en Colombia

De acuerdo con el **Lineamiento Técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con derechos amenazados o vulnerados víctimas de violencia sexual**, la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA) **es una vulneración de los derechos** que se materializa mediante la utilización del cuerpo de un niño, niña o adolescente con fines de dominación, gratificación o lucro, a cambio de una retribución tangible o intangible, o de una promesa de retribución para el niño, niña o adolescente. Abarca un conjunto de delitos contra los derechos fundamentales de la niñez y la adolescencia que se pueden dar en diferentes contextos:

- Prostitución.
- Viajes y turismo.
- Actividades extractivas, obras de infraestructura y mega proyectos.
- Comunidades.
- Zonas de fronteras.
- Conflicto armado.
- Virtual (TIC).
- Corredores carreteables y fluviales.

La Línea de Política para la Prevención y Erradicación de ESCNNA (2018-2028) entiende la ESCNNA como una forma de violencia sexual basada en el género, que se retroalimenta con otras estructuras de discriminación como la existencia de patrones culturales desiguales que cosifican los cuerpos de las niñas, niños y adolescentes, imaginarios asociados a los roles de género en los que las niñas y adolescentes presentan mayor riesgo en medio de estas dinámicas de discriminación.

Entre 2012 y 2019,

1.954

niñas, niños y adolescentes

ingresaron al **Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos** (PARD) del ICBF por ser **víctimas de explotación sexual comercial** en el país.

Ingresos de niñas, niños y adolescentes a PARD por ser víctimas de explotación sexual comercial (2012-2019).

Fuente: Sistema de Información Misional (SIM) con fecha de corte a 31 de diciembre de 2019. Grupo de Estadística y Gestión de la Información, ICBF.

El 80,8% de los ingresos por ESCNNA se presentó en adolescentes, seguido de las niñas y niños entre los 6 y 11 años con 14,5% y la primera infancia con 3,8%.

Ingresos de niñas, niños y adolescentes a PARD por motivo de explotación sexual comercial según curso de vida (2012-2019).

Fuente: Sistema de Información Misional (SIM) con fecha de corte a 31 de diciembre de 2019. Grupo de Estadística y Gestión de la Información, ICBF.

Del total de ingresos,

85,57% se presentó en niñas y adolescentes mujeres.

Estos datos, además de revelar la magnitud del problema, reflejan que la ESCNNA es una violencia basada en género y, por lo tanto, requiere un abordaje desde este enfoque. Además, la prevalencia de niñas y adolescentes mujeres como víctimas, podría indicar que existen factores culturales y normas sociales que naturalizan este tipo de violencias contra las niñas y adolescentes. En razón de lo anterior, su abordaje debe incluir acciones para transformar los estereotipos y roles de género asociados a la justificación de la ESCNNA que persisten en todos los ámbitos sociales.

¿Quiénes son los(as) agresores(as)?

Los(as) agresores(as) son aquellos(as) que los explotan, es decir, quienes se lucran, pagan o hacen promesas de cualquier tipo de retribución para utilizarlas y utilizarlos sexualmente.

Detrás de cada niña, niño o adolescente explotado sexualmente siempre hay una persona adulta agresora sexual. Estas personas se denominan explotadores y van desde el/la que ofrece, vende, trafica o induce, hasta el que acepta, solicita, compra o utiliza el cuerpo de la niña, niño o adolescente. Las personas explotadoras sexuales pueden ser cualquier persona, hombres o mujeres, casados o solteros, de cualquier condición socioeconómica o nivel educativo; no existen características específicas que permitan diferenciarlos del resto de la población (Fundación Renacer, 2018).

Del total de ingresos de niñas, niños y adolescentes a PARD por motivo de ESCNNA durante 2012-2019, **84 de los casos** ocurrieron en niñas, niños y adolescentes que se autoreconocieron que se autoreconocieron como pertenecientes a comunidades étnicas.

45 ingresos se reportaron en niñas, niños y adolescentes negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros.


PREVENCIÓN DE ACCIDENTES AL INTERIOR DE LA SEDE
No cerrar los consultorios con seguros pasadores.
Tener bajo seguro productos y elementos de aseo (detergentes, jabones, clorox)
PROHIBIDO
Prohibido el ingreso de envases de vidrio a la sede.
Los medicamentos de uso personal no deben estar visibles a beneficiarios.
Evitar que los beneficiarios se suban a mesas, sillas o escritorios.
Evitar que los niños y niñas alcancen cerraduras de ventanas y puertas.
Mantener los pisos secos y limpios para evitar accidentes.
Tener la señalización en las áreas correspondientes
PRECAUCIÓN ALTO VOLTAJE
No tener el extintor al alcance de los niños y niñas
EXTINTOR
FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL
www.frehabilitacionintegral.com/

Articulaciones Sistema de Educación

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

SOLICITUD CERTIFICADO ESCOLAR
1 mensaje

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 24 de julio de 2026 a las 3:39
Para: IETECNICAVIRGINIAGOMEZ@semcienaga.gov.co

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, operador del Instituto Colombiano Bienestar Familiar.

Gracias por su atención, colaboración y apoyo

Atte.,

Equipo Servicio de Apoyo Psicológico Especializado

Fundación Rehabilitación Integral

Unidad de Servicio Ciénaga

SOLICITUD CERTIFICADO ESCOLAR - IE VIRGINIA GOMEZ.pdf
722K

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

SOLICITUD CERTIFICADO ESCOLAR
1 mensaje

Eliza Velasquez <eliza.velasquez@frehabilitacionintegral.com> 23 de julio de 2026 a las 19:41
Para: iesanjuan86@gmail.com

SOLICITUD DE CERTIFICADOS IE SAN JUAN DEL CORDOBA.pdf
728K

	FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL **NIT. 900085882-9**	Elaboró: Administración Aprobó: Calidad. Revisó: Junta Directiva. Código: Versión: 3 Fecha: octubre 2022

Ciénaga, Magdalena 24/ Julio/2026

Señores:
Institución Educativa Virginia Gómez
E. S. D.

Cordial saludo;

Muy respetuosamente me dirijo a su institución en calidad de Psicóloga del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado de la **Fundación Rehabilitación Integral**, operador del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF), cuyo objeto es brindar atención a niños, niñas y adolescentes que tiene un proceso administrativo de restablecimiento de derechos en la modalidad apoyo psicológico especializado de acuerdo con los documentos técnicos vigentes expedidos por el ICBF, la cual funciona como apoyo a los equipos interdisciplinarios de las defensorías y comisarías de familia dentro de la jurisdicción por competencia del Centro zonal municipio Ciénaga, de la regional Magdalena, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en el marco de la atención integral con niños, niñas, adolescentes y/o redes vinculares de apoyo con derechos amenazados o vulnerados que ameriten atención por diferentes motivos de remisiones de acuerdo al criterio de la autoridad administrativa correspondiente.

Como Fundación venimos realizando un proceso de restablecimiento de derechos, razón por la cual remitimos este oficio con el propósito de solicitarle de manera muy respetuosa certificados de estudios de los siguientes niños, niñas y adolescentes que se encuentran actualmente vinculados a su Institución Educativa.

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE DOCUMENTO	N° DE DOCUMENTO
Gabrielle de Jesús Montoya Lugo	Tarjeta de Identidad	1176965771

Agradecemos de antemano su disposición y atentos a una respuesta.

Elisa Velásquez Becerra
Psicóloga Clínica
Servicio de Apoyo Psicológico Especializado
Tel: 3014311166

Santa Marta, 31 de julio de 2026

CERTIFICACIÓN DE ARTICULACIÓN CON EL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

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 **47006662025**, la Fundación Rehabilitación Integral ha realizado **articulación permanente con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF)**, conforme a lo establecido en los lineamientos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Así mismo, se deja constancia de que dichas acciones de articulación han estado orientadas a **promover el cuidado parental, el fortalecimiento familiar y la garantía de los derechos de los niños, niñas y sus familias**, mediante la coordinación con las entidades que hacen parte del sistema, de acuerdo con las necesidades identificadas en el territorio.

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

INVENTARIO DE DOTACION CONSULTORIOS SEDE: EL BANCO

No	Elemento	Total
1	MESAS PLASTICA INFANTIL CON SEIS SILLAS	0
2	CAJA CON CUBOS PLASTICO DE ROMPECABEZA	0
3	CUBOS DIDACTICOS DE CARTON	0
4	CASA DE MUÑECA DE CARTON AMOBLADA CON JUGUETES PLASTICOS	0
5	MUÑECAS FEMENINA	0
6	CAJA DE PLASTILINA	2
7	CAJA DE MARCADOR GRUESO	1
8	CAJA DE MARCADOR DELGADO	0
9	CAJA LAPICES DE COLORES	2
10	OCTAVOS DE CARTULINA DE COLORES VARIADOS	0
11	CAJA TEMPERAS	1
12	SET PINCELES	1
13	LIBROS DE CUENTOS	3
14	SET PARA ARMAR MANUALIDADES	0
15	LLAVEROS DE LA CALMA	1
16	BOTIQUIN EMOCIONAL	1
17	TORRES DIDACTICAS INFANTIL	0
18	ROMPECABEZAS INFANTILES	0
19	TABLAS DIDÁCTICAS	5

20	BINGO DE ANIMALES	0
21	CARRO MEDIANO DE PLASTICO	0
22	PAQUETE DE FOMY	0
23	BOTELLAS DE LA CALMA	0
24	CAJAS DE CRAYOLAS	0
25	ESCRITORIO	1
26	SILLA DE ESCRITORIO	1
27	IMPRESORA	1
28	ARCHIVADORES	2
29	MESA PLATICA	1
30	SILLA DE ESTRUCTUTA DE TUBO	3
31	MESA DE HIERRO	1
32	KIT ANTIDERRAME	1
33	AIRE ACONDICIONADO	1
34	PAPELERAS	4
35		

INVENTARIO DE DOTACION SALA DE ESPERA EL BANCO

No	Elemento	Total
1	LIBRERO AMOBLADO CON LIBROS DIDACTICOS	1
2	TABLA PERIODICA DE LAS EMOCIONES	1
3	UNA MESA PLASTICA INFANTIL CON 4 SILLAS PLASTICAS	1

4	1 TAPETE DIDACTICO	1
5	EL PARQUES DE LAS EMOCIONES	1
6	UNA PISCINA PEQUEÑA DE BOLAS	0
7	BALONES LIVIANOS	0
8	UN JUEGO DE BOLOS	0
9	UN MUÑECO MONTABLE	0
10	MUÑECOS DE PELUCHE	0
11	BALDE PEQUELO CON JUGUETES VARIADOS	0
12	BOLSA CON CUBOS PLASTICOS DE ROMPECABEZAS	0
13	BANCADA DE ESPERA	1
14	DISPENSADOR DE AGUA	1
15	BUZON DE SUGERENCIA	1
16	PENDON DE LA FUNDACION	1
17	TABLERO INFORMATE	2
18	EXTINTOR	1
19	JUEGO DE MESA	2
20	SILLAS PLATICAS GRANDES	10
21	ARMARIO DE RESINA	11
22	BALDE	1

INVENTARIO DE DOTACION CONSULTORIOS SEDE: PLATO

No	Elemento	Total
1	MESAS PLASTICA INFANTIL CON TRES SILLAS	1
2	SET PINCELES	1
3	LIBROS DE CUENTOS	2
4	LLAVEROS DE LA CALMA	1
5	ROMPECABEZAS INFANTILES (Algunos Incompletos)	5
6	BOTIQUIN EMOCIONAL (1 Incompleto)	2
7	TABLAS DIDÁCTICAS (Fichas Incompletas)	1
8	CARRO MEDIANO DE PLASTICO	2
9	PAQUETE DE FOMY	1
10	BOTELLAS DE LA CALMA	2
11	JUEGO DE AJEDREZ	1
12	LIBRO PARA COLOREAR	1
13	LIBRO POEMAS PARA NIÑOS	1
14	FICHAS APRENDIENDO LAS FORMAS	1
15	SET DE SELLOS	1
16	ESCRITORIO EN VIDRIO	1
17	SILLA DE ESCRITORIO	1
18	SILLA DE OFICINA	2
19	ARCHIVADOR METALICO 3 GAVETAS	1

20	IMPRESORA	1
21	ARCHIVADOR 1 PUESTO	1
22	MESA PLASTICA	1
23	MUÑECO MONTABLE	1
24	TAPETE DIDACTICO	1
25	EL PARQUES DE LAS EMOCIONES	

INVENTARIO DE DOTACION SALA DE ESPERA PLATO

No	Elemento	Total
1	TABLA PERIODICA DE LAS EMOCIONES	1
2	EL PARQUES DE LAS EMOCIONES	1
3	ARCHIVADOR PLASTICO 3 GAVETAS	1
4	SILLAS PLASTICAS ADULTOS	1
5	SILLA TANDEM 3 PUESTOS	1
6	DISPENSADOR DE AGUA	7
7	EXTINTOR	1
8	TABLERO DIAS DE LA SEMANA ACRILICO	1
9	ESCRITORIO PEQUEÑO	1
10	SILLA DE OFICINA	1

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL Transformando vidas

PLAN DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO

Modalidad: Apoyo Psicológico Especializado

1. Introducción

El presente Plan de Prevención del Daño Antijurídico se formula en el marco de la modalidad de Apoyo Psicológico Especializado, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), con el propósito de garantizar la protección integral de los niños, niñas y adolescentes vinculados al servicio.

Teniendo en cuenta que esta modalidad atiende población con afectaciones emocionales, conductuales y, en muchos casos, con antecedentes de vulneración de derechos, se hace necesario estructurar acciones que permitan prevenir riesgos asociados a la atención, evitando cualquier actuación u omisión que pueda generar daño antijurídico. En este sentido, el plan se fundamenta en el enfoque de acción sin daño, el respeto por la dignidad humana, la confidencialidad y la ética profesional, promoviendo entornos seguros y protectores durante todo el proceso de intervención.

2. Justificación

La implementación del presente plan responde a la necesidad de fortalecer la calidad de la atención en la modalidad de Apoyo Psicológico Especializado, reconociendo que la intervención psicológica con niños, niñas y adolescentes implica altos niveles de responsabilidad técnica y ética.

En este contexto, el daño antijurídico puede generarse a partir de intervenciones inadecuadas, omisiones en la activación de rutas de protección, manejo incorrecto de crisis emocionales, vulneración de la confidencialidad o prácticas que conduzcan a la revictimización. Por lo tanto, resulta indispensable establecer estrategias claras de prevención que orienten el accionar del talento humano y permitan mitigar estos riesgos.

De igual manera, este plan contribuye al cumplimiento de las obligaciones contractuales del operador y al fortalecimiento de la garantía de derechos de la población atendida, promoviendo intervenciones seguras, pertinentes y articuladas con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar.

3. Objetivo General

Prevenir la ocurrencia de daño antijurídico en los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad de Apoyo Psicológico Especializado, mediante la implementación de acciones integrales, éticas y oportunas que garanticen su protección y bienestar.

1

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL Transformando vidas

4. Objetivos Especificos

El plan se orienta a la identificación oportuna de riesgos psicosociales y clínicos que puedan afectar a los beneficiarios, así como al fortalecimiento de las competencias del talento humano para garantizar intervenciones adecuadas. Asimismo, busca prevenir la revictimización durante los procesos terapéuticos, asegurar la activación oportuna de rutas de atención frente a situaciones de vulneración de derechos y promover la corresponsabilidad familiar en el proceso de atención.

5. Alcance

El presente plan está dirigido a los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad de Apoyo Psicológico Especializado, así como a sus familias o cuidadores. De igual forma, involucra al equipo psicosocial, coordinador del servicio y demás actores responsables de la atención, quienes deberán implementar las acciones establecidas para la prevención del daño antijurídico.

6. Enfoque de Atención

El desarrollo del plan se fundamenta en un enfoque de derechos, reconociendo a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de especial protección. A su vez, incorpora el enfoque de acción sin daño, orientado a evitar intervenciones que puedan generar afectaciones adicionales, y el enfoque diferencial, que permite adaptar la atención según las características particulares de cada beneficiario.

De igual manera, se garantiza el cumplimiento de principios éticos como la confidencialidad, el respeto, la dignidad y la responsabilidad profesional, elementos esenciales en la intervención psicológica especializada.

7. Desarrollo del Plan

El desarrollo del presente plan se basa en la identificación de riesgos asociados a la atención psicológica especializada y la implementación de acciones preventivas orientadas a mitigarlos. En este sentido, se reconoce que situaciones como el manejo inadecuado de crisis emocionales, la revictimización durante la intervención, la omisión en la activación de rutas de protección, la falta de seguimiento a casos críticos, la vulneración de la confidencialidad, la intervención por personal no idóneo o la débil articulación interinstitucional pueden generar afectaciones a los beneficiarios.

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL Transformando vidas

Frente a estos riesgos, se implementan acciones como la aplicación de protocolos de primeros auxilios psicológicos, el desarrollo de intervenciones con enfoque protector, la activación inmediata de rutas de atención, el seguimiento continuo a los casos, la custodia adecuada de la información, la verificación de perfiles del talento humano y la articulación con entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.

Asimismo, se promueve el trabajo con las familias, fortaleciendo sus capacidades para el manejo emocional y la crianza positiva, y se garantiza que los espacios de atención cumplan con condiciones adecuadas de privacidad y seguridad. Estas acciones se encuentran organizadas y detalladas en la matriz de prevención del daño antijurídico, la cual hace parte integral del presente plan.

8. Seguimiento y Evaluación

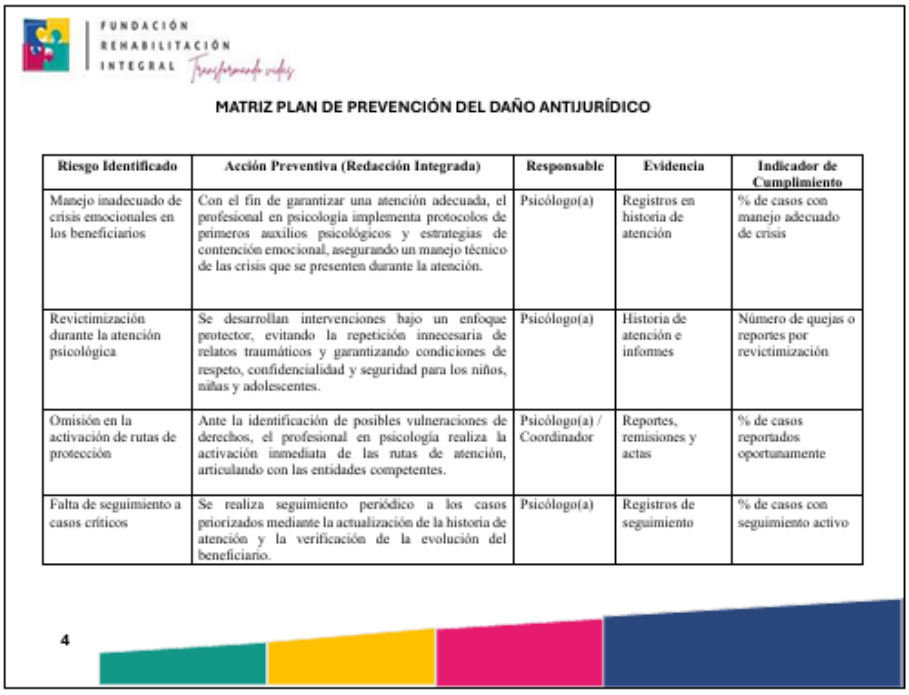
El seguimiento del plan se realizará de manera periódica mediante la revisión de los indicadores establecidos en la matriz, la verificación de evidencias y el análisis de los resultados obtenidos. Este proceso permitirá identificar avances, dificultades y oportunidades de mejora en la implementación de las acciones.

De igual manera, se desarrollarán espacios de retroalimentación con el equipo psicosocial, con el fin de fortalecer las prácticas de atención y garantizar el cumplimiento de los lineamientos institucionales. El monitoreo continuo del plan permitirá ajustar las estrategias conforme a las necesidades de la población atendida.

9. Conclusiones

El Plan de Prevención del Daño Antijurídico en la modalidad de Apoyo Psicológico Especializado constituye una herramienta fundamental para garantizar una atención segura, ética y de calidad a los niños, niñas y adolescentes.

Su implementación permite anticipar y mitigar riesgos asociados a la intervención psicológica, evitando la revictimización y fortaleciendo la capacidad institucional para responder de manera oportuna a situaciones de vulneración de derechos. Asimismo, contribuye al cumplimiento de los lineamientos del ICBF y al fortalecimiento de entornos protectores que favorecen el desarrollo integral de los beneficiarios.

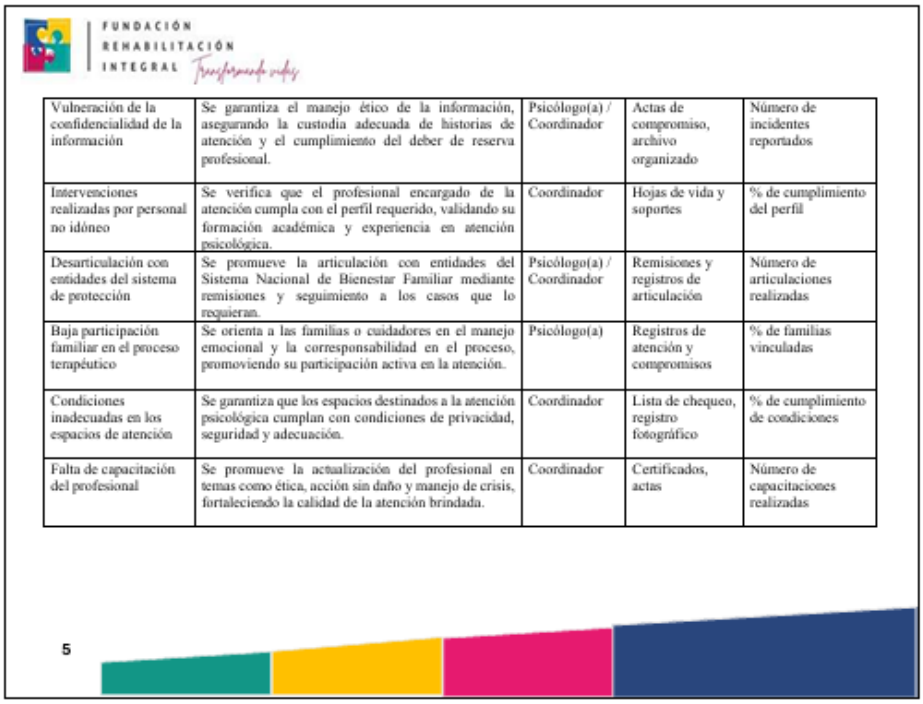


FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL Transformando vidas

MATRIZ PLAN DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO

Riesgo Identificado	Acción Preventiva (Redacción Integrada)	Responsable	Evidencia	Indicador de Cumplimiento
Manejo inadecuado de crisis emocionales en los beneficiarios	Con el fin de garantizar una atención adecuada, el profesional en psicología implementa protocolos de primeros auxilios psicológicos y estrategias de contención emocional, asegurando un manejo técnico de las crisis que se presenten durante la atención.	Psicólogo(a)	Registros en historia de atención	% de casos con manejo adecuado de crisis
Revictimización durante la atención psicológica	Se desarrollan intervenciones bajo un enfoque protector, evitando la repetición innecesaria de relatos traumáticos y garantizando condiciones de respeto, confidencialidad y seguridad para los niños, niñas y adolescentes.	Psicólogo(a)	Historia de atención e informes	Número de quejas o reportes por revictimización
Omisión en la activación de rutas de protección	Ante la identificación de posibles vulneraciones de derechos, el profesional en psicología realiza la activación inmediata de las rutas de atención, articulando con las entidades competentes.	Psicólogo(a) / Coordinador	Reportes, remisiones y actas	% de casos reportados oportunamente
Falta de seguimiento a casos críticos	Se realiza seguimiento periódico a los casos priorizados mediante la actualización de la historia de atención y la verificación de la evolución del beneficiario.	Psicólogo(a)	Registros de seguimiento	% de casos con seguimiento activo

4



FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL Transformando vidas

Vulneración de la confidencialidad de la información	Se garantiza el manejo ético de la información, asegurando la custodia adecuada de historias de atención y el cumplimiento del deber de reserva profesional.	Psicólogo(a) / Coordinador	Actas de compromiso, archivo organizado	Número de incidentes reportados
Intervenciones realizadas por personal no idóneo	Se verifica que el profesional encargado de la atención cumpla con el perfil requerido, validando su formación académica y experiencia en atención psicológica.	Coordinador	Hojas de vida y soportes	% de cumplimiento del perfil
Desarticulación con entidades del sistema de protección	Se promueve la articulación con entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar mediante remisiones y seguimiento a los casos que lo requieran.	Psicólogo(a) / Coordinador	Remisiones y registros de articulación	Número de articulaciones realizadas
Baja participación familiar en el proceso terapéutico	Se orienta a las familias o cuidadores en el manejo emocional y la corresponsabilidad en el proceso, promoviendo su participación activa en la atención.	Psicólogo(a)	Registros de atención y compromisos	% de familias vinculadas
Condiciones inadecuadas en los espacios de atención	Se garantiza que los espacios destinados a la atención psicológica cumplan con condiciones de privacidad, seguridad y adecuación.	Coordinador	Lista de chequeo, registro fotográfico	% de cumplimiento de condiciones
Falta de capacitación del profesional	Se promueve la actualización del profesional en temas como ética, acción sin daño y manejo de crisis, fortaleciendo la calidad de la atención brindada.	Coordinador	Certificados, actas	Número de capacitaciones realizadas

5