RECIBIDO 16 OCT 2026

ACTA

RECONOCIMIENTO Y/O CONSTITUCION DE HOGAR DE PASO –FAMILIA

Fecha: 30 de enero de 2026
Lugar: Villeta, Cundinamarca

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

En el municipio de Villeta, Cundinamarca, a los treinta (30) días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026), se deja constancia del reconocimiento de la señora **ANGIE MARCELA DIAZ BELTRAN**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.070.985.606**, expedida en Facatativá, con domicilio en la **carrera 9 No. 3-27, sector Paso Bolívar, municipio de Villeta, Cundinamarca**, como responsable de la modalidad de **Hogar de Paso – Familia**, de conformidad con el proceso de selección, valoración y aprobación correspondiente.

2. OBJETO DEL ACTA

La presente acta tiene por objeto dejar constancia del reconocimiento de la señora ANGIE MARCELA DIAZ BELTRAN como responsable de Hogar de Paso – Familia, así como de los compromisos y obligaciones que asume para la atención, protección y garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que sean ubicados en su hogar por disposición de la autoridad administrativa competente.

3. FUNDAMENTOS Y ANTECEDENTES

Que, de conformidad con la Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, corresponde a los alcaldes municipales, con la asistencia técnica del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), organizar las redes de hogares de paso, establecer su registro y reglamentación, así como disponer los mecanismos de seguimiento y vigilancia correspondientes.

Que la Alcaldía Municipal de Villeta, Cundinamarca, a través de la Unidad de Desarrollo Social, adelanto las actuaciones necesarias para la organización y funcionamiento de la modalidad Hogar de Paso – Familia, conforme a los lineamientos técnicos establecidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Que el proceso de selección y conformación de los hogares de paso comprende, entre otras, las siguientes etapas:

1. Promoción y divulgación de la modalidad Hogar de Paso.
2. Inscripción y entrega de documentos.
3. Valoración por parte de trabajo social y psicología, incluida la visita a la unidad de servicio.

RECIBIDO 16 OCT 2026

4. Capacitación y formación inicial.

Que, en fecha 28 de enero de 2026 se realizó valoración Psicosocial por parte de la psicóloga Tatiana Medina Vera y la trabajadora social Omaira Gutiérrez, funcionarias adscritas a la comisaria de familia, en la cual se emite un concepto de aprobación para el Hogar de paso-Familia: **FAVORABLE**.

Que, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos y surtidas las etapas correspondientes, procede dejar constancia del reconocimiento de la persona responsable quien es la señora **ANGIE MARCELA DIAZ BELTRAN**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.070.985.606**, expedida en Facatativá, para que en delante de cumplimiento a los compromisos inherentes al funcionamiento de esta modalidad de atención con base en lo establecido en los Lineamientos Técnico de medidas Anexo 1-Hogar de Paso, la responsable del Hogar paso y su red de apoyo Familiar deberán dar estricto cumplimiento a los Lineamientos técnico-Administrativos establecidos para el funcionamiento del servicio y a las obligaciones contraídas en el documento de ingreso cuando se recibe bajo medida de Restablecimiento de Derechos a un niño, niña o adolescente.

Dado en la Alcaldía Municipal de Villeta Cundinamarca, a los 30 ENE 2026.

BERNARDO OLAYA TRIANA
Alcalde Municipal

RECIBIDO 16 OCT 2026

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMULARIO DE SOLICITUD DE FAMILIAS INTERESADAS EN CONSTITUIRSE EN HOGAR SUBDIRECCIÓN DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	F2.LM2.P	26/02/2019
		Versión 2	Página 1 de 4

FORMULARIO DE SOLICITUD DE FAMILIAS INTERESADAS EN CONSTITUIRSE EN HOGAR

Fecha 28 enero 2026

Solicitud No.

Lugar: Villeta Cundinamarca

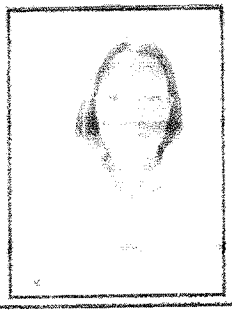


Foto cónyuge o compañero(a)

MODALIDAD A LA CUAL SE INSCRIBE LA FAMILIA

Hogar de paso	Hogar Sustituto	Hogar Sustituto-Tutor
x		

NIVEL DE IDENTIFICACIÓN ICBF

Regional CUNDINAMARCA Centro Zonal VILLETA

Comisaría de Familia Inspección de Policía

Entidad Contratista

NIVEL DE IDENTIFICACIÓN ENTE TERRITORIAL

Municipio VILLETA Departamento CUNDINAMARCA Código DANE

	Municipio	Departamento
Ente territorial ante el cual se tramita	VILETA	CUNDINAMARCA

Otro, ¿Cuál?

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE TITULAR

Nombre ANGIE MARCELA DIAZ Edad 27 Fecha de nacimiento 03/07/98

Lugar de Nacimiento	Municipio / Ciudad / Departamento	Documento de Identidad	1070985606	Expedido en	FACATATIVA
VILLETA					

RECIBIDO 16 OCT 2020

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMULARIO DE SOLICITUD DE FAMILIAS INTERESADAS EN CONSTITUIRSE EN HOGAR SUBDIRECCIÓN DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	F2.LM2.P	26/02/2019
		Versión 2	Página 2 de 4

Ocupación: ASESOR COMERCIAL | Escolaridad: BACHILLER | Celular: 3105406362 | Correo Electrónico: Andbangel1019@gmail.com

INFORMACIÓN CÓNYUGUE DEL SOLICITANTE TITULAR

Nombre | Edad | Fecha de nacimiento

Lugar de Nacimiento | Municipio / Ciudad / Departamento | Documento de Identidad | Expedido en

Ocupación | Escolaridad | Celular | Correo Electrónico

INFORMACIÓN FAMILIAR

Tipo de Unión: Matrimonio | Unión Marital de hecho | Viudo/a x | Otro, ¿Cuál? hermana

Tiempo de relación | No. De Hijos, hijas o menores de edad a cargo | Dirección Domicilio: Cra 9 n 3 -27 paso bolivar | Teléfono: 3218951536

NOMBRE	Doc. Identidad	Edad	Parentesco o relación con el/la titular	Ocupación (si los adultos laboran indique actividad)
Maria viviana salguero beltran	52656060	45	Hermana	independiente

Otras personas que viven actualmente en el hogar

*Incluir a los adultos y menores de 18 años. No incluir a los adultos solicitantes.
**Incluir las siglas RC, NUIP, TI, CC, CE, según corresponda a registro civil, número único de identificación personal, tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía, según corresponda, antes de cada número de identificación

INFORMACIÓN ECONÓMICA

Ingresos mensuales familiares: $ 2.500.000 | Egresos mensuales: $ 2.300.000

INFORMACIÓN HABITACIONAL

Fecha de instalación en la Ciudad, Municipio o: Nacidos en Villeta | Fecha de instalacion en su dirección actual: 10/11/2020 | Habitaciones en su vivienda: 9

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

RECIBIDO 16 OCT 2020

Distrito									
Habitaciones actualmente utilizadas por el grupo familiar	2	Niñas, niños o adolescentes que se podrían ubicar	4	Habitaciones disponibles para ubicación	4	Baños en la vivienda	10		
Tipo de vivienda	Propia	x	Arrendada		Posesión de hecho		Otra, ¿Cuál?		
Servicios con los que cuenta la vivienda	x Agua potable	x	Electricidad	x	Alcantarillado		Teléfono	x	Gas

Si su domicilio ha cambiado durante los últimos 3 años, residiendo en el mismo municipio, ciudad o distrito, indique su anterior dirección

Si residió en otro municipio durante los últimos 3 años, relacione la siguiente información	Municipio		Departamento		Dirección		
	Desde	DD/MM/AAAA		Hasta	DD/MM/AAAA		

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. ¿Qué tipo de hogar desea constituir? Tipo familiar

2. ¿Qué conoce del funcionamiento de este servicio? El hogar de paso acoge a los NNA en situación de amenaza o vulneración de derechos

3. ¿Qué razones motivan la constitución como Hogar? Brindar un lugar seguro para los menores que lo requieren

4. Considera que brindar cuidado a niños, niñas o adolescentes en proceso administrativo de restablecimiento de derechos en su Hogar puede ser una ayuda para usted? x No ¿Por qué? Se me facilita el relacionamiento con los NNA respeto y valores por las personas en vulneración de derechos

5. ¿Conoce su familia su interés por acoger en su hogar a niños, niñas o adolescentes? x No

6. Están de acuerdo su conyuge o compañero(a) y demás personas que habitan en el hogar, en recibir niños, niñas o adolescentes en ¿Proceso administrativo de restablecimiento de derechos? x Si No

RECIBIDO 16 OCT 2026

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMULARIO DE SOLICITUD DE FAMILIAS INTERESADAS EN CONSTITUIRSE EN HOGAR SUBDIRECCIÓN DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	F2.LM2.P	26/02/2019
		Versión 2	Página 4 de 4

7. ¿Trabaja o estudia actualmente? o x No — ¿En qué trabaja o estudia? Asesora comercial

8. ¿De qué tiempo dispone diariamente para la atención de los niños, niñas o adolescentes? Solicitante: 24 horas — Cónyuge o compañero(a): horas

9. ¿Ha desarrollado alguna actividad de atención con niños, niñas o adolescentes anteriormente? Si responde si, describa cuáles: Mi labor aparte de trabajar como asesora comercial ha sido tener a cargo los nna del entorno familiar

x Si No — ¿Durante cuánto tiempo? 1 año
¿Qué edades tenían los niños, niñas o adolescentes? 4,5,1

10. ¿Ha recibido capacitaciones en temas educativos o sociales? Especifique los programas y Entidades — x Si No

11. ¿Qué características considera que tiene su grupo familiar, integrantes del hogar, que favorezcan el cuidado y la atención de niños, niñas y adolescentes en proceso administrativo de restablecimiento de derechos?

Respeto
Humildad
Responsabilidad

FIRMAS

Los abajo firmantes hacen constar que la anterior información es verídica y autoriza a las autoridades correspondientes para que realicen su comprobación

Solicitante	Cónyuge o Compañero(a)
Nombre [illegible]	Nombre
C.C 1010785600 e [illegible]	C.C De