|  |
| --- |
| **RESOLUCIÓN No**.\_\_\_\_  **Por la cual se autoriza el pago del gasto correspondiente al acompañamiento en hospitales de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en Protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**  EL(A) DIRECTOR(A) DE LA REGIONAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS- ICBF. -  En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el artículo [42](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0987_2012.htm#42) del Decreto 987 de 2012, la Resolución [2859](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_icbf_2859_2013.htm#INICIO) de 2013, el artículo [2](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_icbf_2988_2016.htm#2)o de la Resolución 2988 de 2016, y  **CONSIDERANDO:**  Que en los casos en donde los niños, niñas, adolescentes y jóvenes bajo protección y al cuidado del ICBF las 24 horas del día, los 7 días de la semana, se encuentran hospitalizados y requieren de un cuidador(a) permanente que los acompañe en los procedimientos y tratamientos médicos que el sector salud debe brindar en cada circunstancia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar debe garantizar dicho acompañamiento.  Que el lineamiento de programación Ficha I-39 “Acciones complementarias para la gestión en el restablecimiento de derechos y/o administración de justicia” en el rubro C-4102-1500-3-0-112 como parte del clasificador del gasto, se reconoce que se podrán pagar Gastos excepcionales en salud como *“Convenios o contratos para obtener el servicio de acompañantes hospitalarios de presencia permanente para niños, niñas y adolescentes, a los que se les practican cirugías u otros tratamientos que requieran hospitalización (…)”.*  Que mediante la Resolución [0243](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_icbf_0243_2017.htm#INICIO) de 2017, la Directora General del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, autorizó el reconocimiento y pago por parte de las Direcciones Regionales, de los gastos de un acompañante para los niños, niños, adolescentes y jóvenes que se encuentran bajo protección del ICBF, cuando son hospitalizados y por orden médica requieren de acompañamiento permanente.  Que NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE, identificado(a) con NIUP/TI No XXXX que se encuentra con medida de protección en la Modalidad Hogar Sustituto, requirió acompañamiento permanente de un tercero durante su hospitalización.  Que de conformidad con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. XXXX del XX de XXX de 20XX existen recursos para amparar el pago de los gastos correspondientes al acompañamiento de un tercero cuando el niño, niña o adolescente o joven se encuentra hospitalizado.  Que, en mérito de lo expuesto,  **RESUELVE:**  **Artículo primero**: Autorizar el pago a (INDICAR EL NOMBRE) identificado(a) con cédula de ciudadanía No XXX expedida en XXXXX, de los gastos por concepto de acompañamiento permanente a NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE, identificado(a) con NIUP/TI No XXXX desde el día XX de XXXX y hasta el día XX de 20XX, según Certificación expedida por el(a) Coordinador(a) del Centro Zonal XXXXXX.  **Artículo segundo**: El presente pago se hará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. XXXX del XX de XXX de 20\_\_\_, del rubro C-4102-1500-3-0-112 “Acciones complementarias para la gestión en el restablecimiento de derechos y/o administración de justicia”.  **COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**  Dada en \_\_\_\_\_\_\_, D. C., a los  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Director(a) Regional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |