Centro de atención psicológica
FUNDAMYF
Fundación mujer y familia

FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA

# INFORME DE GESTIÓN

PERÍODO 2025

Bogotá

En mi calidad de directora general de la Fundación Mujer y Familia, me permito presentar el informe de gestión por las actividades realizadas durante el 2025, así como el estado de Situación Financiera y el Resultado Integral con fecha de cierre al 31 de diciembre de 2024 y 2025.

**INFORME GENERAL ENTIDAD Y OBJETO SOCIAL**

La Fundación Mujer y Familia es una entidad sin ánimo de lucro, constituida mediante Resolución No. 976 de noviembre de 2012, expedida por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Su objeto social es la prestación de servicios de salud orientados a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, mediante el desarrollo de procesos de atención terapéutica en las áreas psicológica y psico jurídica. Estos servicios están dirigidos a contribuir en la transformación de situaciones de violencia intrafamiliar que afectan a las mujeres en sus diferentes manifestaciones física, sexual, económica, psicológica, entre otras, integrando dentro del proceso de intervención a su núcleo familiar primario.

En su calidad de Entidad Sin Ánimo De Lucro con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., la Fundación se encuentra sujeta a la inspección, vigilancia y control de la Alcaldía Mayor de Bogotá, a través de la Secretaría Distrital de Salud.

**Situación Jurídica**

Durante la vigencia 2025, la Fundación Mujer y Familia presentó una situación jurídica estable. A inicios del periodo se resolvió un proceso judicial interpuesto por una excontratista en contra de la Fundación y de su representante legal.

Mediante decisión de la autoridad competente, se determinó que no existía mérito para acceder a las pretensiones de la demanda, exonerando de responsabilidad tanto a la Fundación como a su representante legal. Con esta decisión quedó superada la única contingencia judicial relevante del periodo.

Con posterioridad a este proceso, no se registraron nuevas demandas, litigios, reclamaciones formales ni contingencias jurídicas que representaran riesgo para la estabilidad institucional, financiera u operativa de la entidad.

**Situación Legal**

En cuanto a su situación legal, la Fundación desarrolló sus actividades en cumplimiento del marco normativo aplicable a las Entidades Sin Ánimo De Lucro del sector salud, manteniendo actualizados los registros, permisos y requisitos exigidos por los entes de inspección, vigilancia y control.

La entidad dio cumplimiento a sus obligaciones estatutarias, regulatorias y contractuales, operando conforme a las disposiciones vigentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, incluyendo los estándares de habilitación y los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

Durante la vigencia no se presentaron sanciones, investigaciones administrativas ni requerimientos que comprometieran el cumplimiento normativo de la organización.

**Gestión Financiera**

Ingresos

Para el periodo terminado el 31 de diciembre de 2025, la Fundación Mujer y Familia registró ingresos totales por $1.679.613.340, lo que representa un incremento del 26 % frente al año 2024. Este crecimiento estuvo impulsado principalmente por el aumento en los ingresos por consultas terapéuticas (23,25 %) y por el importante incremento en los ingresos por talleres (210 %), evidenciando una mayor demanda de los servicios misionales y el fortalecimiento de la gestión comercial de la Fundación. De igual forma, los otros ingresos presentaron un crecimiento del 10,77 %, explicado principalmente por el reintegro de otros costos y gastos, que compensó la disminución en donaciones. En conjunto, estos resultados reflejan la consolidación de las actividades operativas y una adecuada diversificación de las fuentes de ingreso.

Gastos

En coherencia con el crecimiento de los ingresos, los costos de prestación del servicio aumentaron un 20,68 %, alcanzando $831.033.097, comportamiento asociado principalmente al mayor costo de prestadores de servicios terapéuticos derivado del incremento en la demanda de atención. Por su parte, los gastos operacionales crecieron un 24,77 %, destacándose el aumento en gastos de personal (52,02 %) y honorarios (87,04 %), lo cual responde al fortalecimiento de la capacidad operativa y administrativa para soportar la expansión de las actividades. Los gastos no operacionales también presentaron un incremento del 69,32 %, principalmente por mayores gastos bancarios. Como resultado de lo anterior, el excedente del ejercicio ascendió a $74.649.884, mostrando un crecimiento del 129,86 % frente al periodo anterior, lo que evidencia una mejora significativa en la sostenibilidad financiera de la Fundación.

**GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

**Informe de Gestión – Vigencia 2025**

En cumplimiento de las funciones asignadas al Departamento de Gestión Administrativa, durante la vigencia 2025 se desarrollaron actividades orientadas a garantizar la adecuada operación institucional, el fortalecimiento de los procesos internos y el mejoramiento continuo en la prestación del servicio.

La gestión realizada permitió asegurar la atención oportuna a clientes, usuarios y profesionales, así como el adecuado control y seguimiento de los procesos administrativos, comerciales y de apoyo.

Dentro de las principales acciones ejecutadas se destacan:

- Seguimiento permanente a las matrices de clientes y verificación de atenciones reportadas.
- Gestión de solicitudes relacionadas con casos activos, cierres, reprogramaciones y

disponibilidad profesional.
- Contacto y seguimiento a pacientes nuevos y a casos sin continuidad terapéutica.
- Revisión y auditoría de pagos efectuados por los clientes.
- Vinculación de una auxiliar de call center, fortaleciendo el seguimiento telefónico y la recuperación de casos.
- Organización de capacitaciones internas dirigidas al equipo administrativo.
- Mantenimiento locativo y adecuaciones de infraestructura.
- Adquisición de mobiliario y equipos para el mejoramiento de los espacios institucionales.
- Control y gestión de suministros administrativos.

**Seguimiento y auditoría interna de procesos administrativos.**

Como resultado de estas acciones, se evidenció un fortalecimiento en la trazabilidad de la información, mejora en los tiempos de respuesta, mayor control en la gestión de pagos y atenciones, y condiciones físicas adecuadas para el desarrollo de las actividades institucionales.

**Actividades en Proceso o Pendientes de Consolidación**

Durante la vigencia 2025 se identificaron oportunidades de mejora que continúan en proceso de implementación, entre las cuales se encuentran:

- Consolidación integral de indicadores de gestión administrativa.
- Optimización del uso del CRM y herramientas tecnológicas para gestión documental.
- Automatización de reportes administrativos.
- Fortalecimiento de estrategias estructuradas de fidelización de clientes.
- Estas acciones serán priorizadas en la siguiente vigencia como parte del proceso de mejora continua institucional.

**Proyección y Plan de Acción – Vigencia 2026**

Con fundamento en los resultados obtenidos y las oportunidades identificadas, para la vigencia 2026 se proyecta:

- Consolidar los procesos administrativos y documentales implementados.
- Fortalecer el análisis de información mediante indicadores de gestión.
- Optimizar el uso de herramientas tecnológicas para la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de atención, continuidad terapéutica y satisfacción del usuario.
- Fortalecer las estrategias de fidelización y retención de clientes.

Las acciones priorizadas incluyen la automatización de reportes, optimización del CRM, implementación formal del seguimiento a indicadores y estructuración de estrategias comerciales y de fidelización.

**Consideraciones Finales**

La gestión administrativa desarrollada durante la vigencia 2025 contribuyó al fortalecimiento organizacional, al mejoramiento de los mecanismos de control interno y a la consolidación

del equipo humano, permitiendo avanzar hacia una administración más estructurada, eficiente y alineada con los objetivos misionales de la Fundación.

**GESTIÓN DEL ÁREA DE CALIDAD**

**Informe de Gestión – Vigencia 2025**

Durante la vigencia 2025, el Área de Calidad desarrolló sus actividades en estricto cumplimiento del marco normativo aplicable al sector salud, especialmente en lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, garantizando el mantenimiento de las condiciones de habilitación y la implementación de los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

La gestión se orientó al fortalecimiento del cumplimiento normativo, la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos, y la articulación permanente con los entes de inspección, vigilancia y control.

Dentro de las principales acciones ejecutadas se destacan:

- Seguimiento y verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación vigentes.
- Actualización documental de procesos, procedimientos y registros requeridos por la normativa aplicable.
- Implementación y seguimiento de actividades de auditoría interna para el mejoramiento de la calidad.
- Gestión y presentación oportuna de reportes obligatorios ante la Secretaría Distrital de Salud.
- Participación activa en jornadas de capacitación y asistencia técnica convocadas por la autoridad sanitaria.
- Fortalecimiento del sistema de reporte de eventos en salud pública, incluyendo la inscripción y caracterización de la Fundación como Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) en el sistema SIVIGILA, habilitándola como unidad reportadora de eventos de interés en salud pública.
- Implementación de mecanismos de seguimiento a eventos adversos y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

Estas acciones permitieron consolidar el cumplimiento normativo institucional, mejorar la trazabilidad de la información y fortalecer la articulación con el sistema distrital de vigilancia en salud pública.

**Actividades en Proceso o en Fortalecimiento**

Durante la vigencia se identificaron oportunidades de mejora orientadas a:

- Profundizar en la medición de indicadores de calidad asistencial.
- Fortalecer el análisis de eventos adversos y planes de mejoramiento derivados.

- Optimizar la sistematización de reportes obligatorios.
- Consolidar la cultura institucional de seguridad del paciente y reporte oportuno.

Estas líneas serán objeto de fortalecimiento continuo en la siguiente vigencia.

**Proyección – Vigencia 2026**

Para el año 2026, el Área de Calidad proyecta:

- Mantener y fortalecer el cumplimiento de los estándares definidos en la Resolución 3100 de 2019.
- Consolidar el sistema interno de auditoría para el mejoramiento de la calidad.
- Fortalecer el análisis y seguimiento de indicadores de calidad y seguridad del paciente.
- Optimizar el proceso de reporte ante SIVIGILA y demás sistemas obligatorios de información.
- Continuar la participación activa en capacitaciones y asistencias técnicas convocadas por la Secretaría Distrital de Salud.

**Consideraciones Finales**

Durante la vigencia 2025, el Área de Calidad garantizó el cumplimiento normativo institucional y fortaleció los mecanismos internos de seguimiento, control y mejora continua, contribuyendo a la prestación de servicios seguros, oportunos y acordes con los lineamientos regulatorios vigentes.

**GESTIÓN ASISTENCIAL**

**Informe de Gestión – Vigencia 2025**

Durante la vigencia 2025, la Gestión Asistencial desarrolló su plan de trabajo en coherencia con la planeación estratégica institucional, orientado al fortalecimiento técnico, clínico, documental y operativo de los servicios prestados por la Fundación.

La gestión se estructuró en los siguientes ejes estratégicos:

**1. Planeación, supervisión y direccionamiento asistencial**

Se elaboró, ejecutó y realizó seguimiento al Plan de Trabajo Asistencial 2025, garantizando la adecuada orientación técnica del equipo profesional. Se supervisaron los comités asistenciales y se implementó el Plan de Formación Continua, promoviendo actualización permanente del talento humano.

**2. Actualización técnica, documental y normativa**

Durante el periodo se realizó una actualización integral de:

- Formatos de historia clínica, consentimientos informados y anexos clínicos.

- Protocolos de referencia y contrarreferencia.
- Ruta institucional de atención en violencia de género.
- Perfiles terapéuticos del equipo asistencial.
- Manual de Historia Clínica.
- Protocolos para atención de conducta de riesgo suicida y violencia sexual.

Así mismo, se fortaleció la articulación con la plataforma SaludTools mediante parametrización de campos asistenciales, automatización de matrices y creación de tableros de control para indicadores clínicos y empresariales.

Se realizó la revisión técnica y reporte oportuno de eventos en los sistemas oficiales de vigilancia en salud pública, incluyendo SIVIGILA, SISVECOS y SIVIM, conforme a la normatividad vigente.

**3. Seguimiento asistencial y auditoría clínica**

Se implementó seguimiento sistemático a:

- Indicadores de gestión asistencial por terapeuta.
- Procesos de apertura, seguimiento y cierre de casos.
- Auditoría de historias clínicas.
- Retroalimentación técnica al equipo frente a hallazgos.

Adicionalmente, se dio respuesta a requerimientos internos y externos mediante revisión técnica de historias clínicas e informes asistenciales.

Durante el periodo también se brindó apoyo a la Dirección de Calidad en procesos de auditoría de historia clínica, incluyendo actualización de instrumentos, análisis de indicadores y consolidación de reportes mensuales.

**4. Supervisión del servicio In House empresarial**

Se realizó planeación, supervisión y acompañamiento técnico a las estrategias implementadas en empresas vinculadas, incluyendo:

- Espacios grupales y pausas mentales.
- Seguimiento a derivaciones.
- Elaboración de informes técnicos.
- Actualización de matrices y reportes empresariales.

Esto permitió fortalecer la trazabilidad y el impacto del servicio en el sector corporativo.

**5. Gestión del talento humano asistencial**

Se llevaron a cabo procesos de:

- Entrevista, inducción y capacitación técnica a nuevos profesionales.
- Supervisión clínica y asesoría de casos.

- Estudios de caso programados.
- Seguimiento en procesos de retiro.
- Acompañamiento a practicantes en el marco del convenio docencia–servicio.

En el componente docencia–servicio se coordinó el plan de trabajo académico, evaluación por cortes, verificación documental y cierre de procesos con universidades vinculadas.

**6. Gestión del riesgo clínico**

Se diseñaron e implementaron estrategias institucionales para la prevención y manejo de la conducta de riesgo suicida, así como la construcción y actualización del protocolo para atención de violencia sexual. Se realizó seguimiento técnico a los indicadores asociados a eventos de riesgo.

**7. Fortalecimiento de Comités de Calidad**

Se brindó acompañamiento técnico a:

- Comité de Historia Clínica y Comité de Ética.
- Comité de Conducta Suicida.
- Comité de Violencia Sexual.

Se desarrollaron ajustes conceptuales entre proceso terapéutico y acompañamiento emocional, revisión de objetivos terapéuticos, validación de consentimientos informados y actualización de lineamientos éticos para atención de menores de edad.

**Resultados Relevantes 2025**

Como resultado de la gestión asistencial se logró:

- Mayor estandarización técnica de los procesos clínicos.
- Fortalecimiento de la auditoría de historia clínica.
- Mejor control de indicadores asistenciales.
- Consolidación de protocolos institucionales de riesgo.
- Mejora en la trazabilidad de información clínica y empresarial.
- Integración efectiva entre gestión asistencial, calidad y administrativa.

**Proyección 2026 – Gestión Asistencial**

Para la vigencia 2026 se proyecta:

- Consolidar los ajustes técnicos implementados en 2025.
- Fortalecer el análisis de indicadores asistenciales y tableros de control.
- Profundizar en la medición de adherencia terapéutica.
- Continuar el fortalecimiento de protocolos de riesgo.
- Desarrollar nuevos contenidos técnicos en Comités de Calidad.
- Ejecutar el Plan de Formación Continua con énfasis en actualización clínica y normativa.

**Consideraciones Finales**

La Gestión Asistencial durante la vigencia 2025 evidenció un fortalecimiento estructural, técnico y clínico de los servicios prestados por la Fundación, consolidando procesos estandarizados, mejorando la supervisión profesional y fortaleciendo la cultura institucional de calidad, seguridad y cumplimiento normativo.

**GESTIÓN TALENTO HUMANO**

**Introducción**

El presente Informe de Gestión del Área de Talento Humano tiene como objetivo presentar de manera detallada las actividades desarrolladas durante el año actual, evidenciando los avances, logros y oportunidades de mejora en la administración del talento humano. Este informe permite evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos, así como establecer lineamientos estratégicos para el fortalecimiento de los procesos durante el año 2026.

**Actividades Ejecutadas**

De acuerdo con la información consolidada en el registro de seguimiento (Excel), el Área de Talento Humano ejecutó satisfactoriamente la mayoría de las actividades planificadas durante el año, evidenciando un alto nivel de cumplimiento operativo y administrativo. A continuación, se detallan las principales actividades ejecutadas:

**Gestión de Agendas:**

- Programación, apertura y bloqueos de agenda. Verificación de cargos y seguimiento a atenciones realizadas.
- Seguimiento a la capacidad instalada.

- **Gestión de Procesos y Registros:**
- Cierres de casos en la plataforma Saludtools de clientes no interesados.
- Comisarías: Verificación de remisión, registro y análisis de datos.
- Reportes diarios de atenciones y comparativos (convenio-terapeuta).

- **Gestión Administrativa:**
- Permisos, ausencias, traslados y cambios de personal.
- Programación de agendamiento.
- Seguimiento a pagos de seguridad social y verificación de IBC.
- Emisión de certificaciones laborales y paz y salvos.

- **Procesos de Selección e Inducción:**
- Convocatoria y búsqueda de perfiles.
- Organización y verificación documental.
- Inducción en plataformas y procesos de registro.
- Apoyo en entrevistas y procesos de assessment.

- **Bienestar y Reconocimiento:**
  - Programación de cumpleaños.

- Logística de eventos y situaciones emergentes del personal.

**Actividades No Ejecutadas**

Según el análisis del control de actividades, se identificaron algunas acciones que no fueron ejecutadas durante el período evaluado, las cuales representan oportunidades de mejora para la gestión del año siguiente 2026:

**Estandarización y Desarrollo Documental**

- Elaboración del manual de funciones.
- Construcción y formalización de perfiles de cargo.

**Gestión del Desempeño**

- Ejecución del proceso de evaluación de desempeño.

**Auditorías y Seguimientos**

- Seguimiento estructurado a planes de mejora.

**Proyección 2026**

Con base en las actividades no ejecutadas y en las oportunidades de mejora identificadas, se propone el siguiente plan de acción para el año 2026:

1. **Fortalecimiento del Bienestar Laboral:**
   - Reforzar y ejecutar un plan de capacitaciones alineado con las necesidades del personal.
   - Retomar y fortalecer la implementación del Programa de Bienestar, promoviendo el equilibrio entre la vida laboral y personal.

2. **Gestión de Procesos Administrativos:**
   - Formalizar un plan de seguimiento a planes de mejora de desempeño.

**Conclusiones**

El Área de Talento Humano cumplió de manera eficiente con la mayoría de las actividades planificadas para el año actual, evidenciando compromiso, organización y responsabilidad en la gestión del talento humano. Las acciones desarrolladas permitieron fortalecer los procesos administrativos, operativos y de bienestar del personal.

No obstante, se identificaron algunas actividades pendientes que requieren ser priorizadas en el año 2026, con el fin de continuar fortaleciendo la eficiencia del área y asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización.

**Recomendaciones**

- Asignar recursos específicos para el desarrollo de actividades no ejecutadas.
- Realizar reuniones periódicas para monitorear los avances del plan propuesto.

**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Introducción

El presente informe detalla las actividades ejecutadas, no ejecutadas y proyectadas desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) durante el año 2025. Se realiza con el objetivo de evaluar el cumplimiento de las metas establecidas, identificar oportunidades de mejora y proyectar acciones para el año 2026. Estas gestiones están alineadas con la normativa vigente y las políticas de seguridad ocupacional de la organización.

Actividades ejecutadas

Durante el año 2025, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- **Gestiones administrativas y de sistema:**
  - Realización de la autoevaluación anual del SGSST.
  - Actualización de la matriz de peligros y matriz legal.
  - Actualización del reglamento de higiene y seguridad industrial y su divulgación.
  - Firma y divulgación de la política SST.
  - Seguimiento a la ejecución del plan de trabajo e informes mensuales del Vigía.
- **Planes de emergencia y brigadas:**
  - Revisión y actualización del Plan de Emergencia.
  - Divulgación del Plan de Emergencia y procedimientos a los trabajadores.
  - Inspecciones realizadas a botiquines, extintores, camillas y rutas de evacuación.
  - Simulacro de evacuación.
- **Inspecciones y elementos de protección personal:**
  - Realización del programa de inspecciones.
  - Actualización de la matriz de EPP y revisión del procedimiento.

**Comentado [CJ1]:** Esto viene en el informe de gestión del 2024 y corresponde a las mismas actividades.

- Inspecciones a los EPP entregados.
- **Salud ocupacional:**
- Realización de exámenes médicos ocupacionales, así como exámenes de ingreso, retiro y post-incapacidad.
- Actividades de prevención en estilos de vida saludable, incluyendo la semana de la salud.
- Seguimiento a recomendaciones de médicos laborales.
- **Otros programas:**
- Desarrollo de encuesta del perfil sociodemográfico.
- Definición y ajuste de actividades de saneamiento básico.
- Ejecución del programa de orden y aseo.

**Actividades no ejecutadas**

A pesar de los avances, hubo actividades planificadas que no se ejecutaron debido a limitaciones de tiempo, recursos o imprevistos. Estas incluyen:

- **Capacitaciones:**
- Capacitaciones al Vigía en SST (funciones, legislación, investigación de accidentes e inspecciones).
- Capacitaciones al comité de convivencia sobre comunicación asertiva, resolución de conflictos y liderazgo.
- Capacitaciones a brigadas según programa establecido.
- Elaboración y/o actualización del profesiograma
-
- **Auditorías y revisiones:**
- Realización de auditoría interna.
- Revisión por la alta dirección.
-
- **Programas específicos:**
- Divulgación del programa de inspecciones de seguridad y formatos.
- Análisis de puesto de trabajo.
- Elaboración y verificación de programas de vigilancia epidemiológica.

- **Diagnósticos y bienestar:**
- Diagnóstico de condiciones psicosociales (Batería Psicosocial).
- Ejecución del Programa de Bienestar y Motivación basado en resultados psicosociales.
- Pausas activas.

Proyección para 2026

Para el próximo año, se priorizarán las siguientes acciones:

1. **Capacitaciones y formación:**
   - Completar las capacitaciones al Vigía y comité de convivencia laboral.
   - Implementar un programa de capacitación integral para brigadistas y trabajadores.

2. **Auditorías y revisiones:**
   - Realizar la auditoría interna.
   - Programar y ejecutar la revisión por la alta dirección.

3. **Promoción de la salud:**
   - Continuar con programas de vida saludable y pausas activas.
   - Realizar el diagnóstico de condiciones psicosociales y ejecutar recomendaciones.
   - Ejecución del profesiograma

4. **Programas y diagnósticos:**
   - Elaborar y verificar programas de vigilancia epidemiológica.
   - Diseñar y divulgar el programa de inspecciones de seguridad.
5. **Seguimiento y mejora continua:**
   - Analizar los puestos de trabajo y desarrollar planes correctivos.
   - Monitorear el cumplimiento de los objetivos establecidos en el SGSST.

**Conclusiones y recomendaciones**

**Conclusiones:**

- Se logró cumplir con un alto porcentaje de las actividades planificadas, destacando avances en inspecciones, capacitaciones iniciales y promoción de estilos de vida saludable.
- Persisten retos en áreas clave como la implementación de auditorías internas, capacitaciones específicas y evaluaciones psicosociales.

**Recomendaciones:**

1. Incrementar los recursos destinados a la capacitación y formación del personal en SST.
2. Fortalecer los mecanismos de seguimiento a las actividades no ejecutadas para garantizar su cumplimiento.
3. Priorizar la realización de diagnósticos psicosociales y pausas activas para mejorar el bienestar de los trabajadores.
4. Implementar herramientas de monitoreo para evaluar el impacto de las actividades ejecutadas.

Este informe permite evaluar los avances y retos del área SST, brindando una guía clara para la planificación estratégica del 2026.

**SITUACIÓN FISCAL**

La Fundación es una entidad sin ánimo de lucro que para el 31 de diciembre de 2025 se encuentra calificada como contribuyente del régimen tributario especial. Los resultados que se deben reinvertir en las actividades meritorias son los resultados fiscales o beneficio neto exento, que es diferente del resultado contable. El procedimiento para determinar el beneficio neto exento se describe en el artículo 357 del Estatuto Tributario. Los excedentes serán exentos, siempre y cuando la entidad se encuentre calificada ante la DIAN, como entidad del Régimen Tributario Especial y cumpla con lo dispuesto en el artículo 19 del ET.

**EVENTOS POSTERIORES**

Considerando los lineamientos indicados en la sección 32 del Anexo 2 del Decreto 2420 de 2015, con posterioridad al cierre del ejercicio económico 2024 y hasta la presentación de los estados financieros para aprobación a la Asamblea General, no conocemos la ocurrencia de hechos significativos favorables o desfavorables que puedan afectar de manera significativa a la situación financiera o patrimonial de la Fundación o que afecten el desarrollo de sus actividades meritorias y que deban ser objeto de revelación o que impliquen ajuste a las cifras sobre el período que se informa.

**OTROS ASUNTOS**

La Fundación cumple y se ha verificado el cumplimiento de los demás requisitos establecidos para pertenecer al régimen tributario especial, según lo establecido en el artículo 364-5 del Estatuto Tributario y en los artículos 1.2.1.5.1.3 y 1.2.1.5.1.9 del Decreto 2150 de 2017.

Así mismo, manifiesto que la Fundación al 31 de diciembre de 2025, cumplió con las normas de propiedad intelectual y el licenciamiento del software utilizado en los equipos de la Fundación.

Adicionalmente, la Fundación cumple con los lineamientos promulgados por la ley 1676 de 2013 al certificar que se han cumplido con los deberes para la recepción y el pago de las facturas emitidas. Para facilitar la libre circulación de las facturas y pago de estas, se han continuado adoptando medidas para garantizar que las facturas surtan su debido trámite para el pago oportuno.

Dalila González Ortiz
C.C. 52.169.631
Dirección General
Fundación Mujer y Familia