1. INFIMRME DE EJECUCION MODALIDAD DE ACOGIMIENTO FAMILIAR HOGAR SUSTITUTO
MUNICIPIOS DE GARZON, PITALITO Y LA PLATA

1.1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS CONTRATISTA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO CON REPRESENTACIÓN LEGAL DE YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA	**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** **NIT: 901496702-9** **Cédula No.: 36.347.141**
DIRECCION: Calle 21 nº 7a- 20 barrio tenerife	**CORREO:** fundacionsocialyotecuido@gmail.com
CONTRATO NO. 41002102024 DE FECHA: 27/03/2024	**FORMA DE PAGO:** El ICBF desembolsara los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) un giro de alistamiento durante los primeros 10 días hábiles del mes de abril por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de abril presentando los siguientes documentos: (1) Certificación Bancaria. (2) Aprobación de Garantía. (3) Acta de Inicio y (4) Los exigidos en la resolución 5360 de 2023 que apliquen teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. (ii) Siete (7) desembolsos mensuales vencidos, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique) de los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. (7) Cuenta de cobro o factura (según aplique). (8) Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. (iii) El aporte correspondiente al mes de noviembre, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente. PARAGRAFO PRIMERO: De conformidad a lo establecido en el literal D numeral segundo del artículo 2 de la resolución 3944 de 2022 en la que se establece: "excepcionalmente y previa autorización escrita por parte del supervisor del contrato, se podrá autorizar que, por una única vez, el último desembolso realizado a la cuenta maestra del operador pueda ser girado a la cuenta auxiliar, para que de allí se traslade dicho recurso a una cuenta bancaria del operador en la que maneje recursos propios". (Solo aplica para los contratos que requieran cuenta maestras) PARAGRAFO SEGUNDO: Para el último desembolso en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar el certificado expedido por el supervisor del contrato, de la devolución de los bienes muebles devolutivos adquiridos durante la ejecución del contrato, con recursos del ICBF, adjuntando copia del (los) comprobante (s) de ingreso al almacén del ICBF de dichos bienes y acta de devolución y recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios con el paz y salvo por todo concepto de
PERIODO DE EJECUCIÓN: Del 01 al 3O DE ABRIL DEL 2024	**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** 2.060.112.058
NUMERO DE CUENTA: 170102939852	**ENTIDAD BANCARIA:** BANCOOMEVA
TIPO DE CUENTA: AHORRO X	**PAGO NO: 01 / 08**

2. INFORMACION FINANCIERA

Valor inicial del contrato:	**2.060.112.058**
Valor adicional del contrato:	
Valor Total Del Contrato:	**2.060.112.058**
Certificado De Disponibilidad Presupuestal No: 35424	**Registro Presupuestal No: 84424**

3. OBJETO DEL CONTRATO; BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIÓN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

4. . DATOS DEL SUPERVISOR

Layla Yeline Betancourt Piamba-Coordinadora Centro Zonal-Pitalito, Irma Constanza Almario Perdomo--Coordinador centro zonal Garzón - Claudia Liliana Vidal Floriano- coordinadora centro zonal - La Plata.

Cumplimiento de Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión (i)	Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)	Observaciones (iv)
EJE DE CALIDAD			
1) Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios	**SI**	Acta de reunión y listado de asistencia (Formato Asistencia, Reunión y Capacitación). Primer informe de supervisión y cuando se realice cambios en el talento humano carácter técnico misional	El día 06 de abril del año 2024 se llevo a cabo la jornada de inducción al talento humano vinculado a la modalidad para los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, jornada en la cual se socializo las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios. Po lo anterior, se anexa listado de acta de jornada de inducción y listado de asistencia a la jornada
2) Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio.	**SI**	Ficha técnica, resultados de la encuesta y soportes Según lo determinado por el supervisor	Para el presente periodo se anexa acta de entrega de tapabocas y guantes a los profesionales en cada sede (garzon, pitalito y la plata)
3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio.	**N/A**	Acciones y oportunidades de mejora. Formato 2 (Formato Acciones de Mejora v2). En cualquier seguimiento de la supervisión	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
4) Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto contractual.	**SI**	Actas de apertura del buzón de sugerencias.	El FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO anexa las actas por cada municipio (GARZON, PITALITO, LA PLATA) de la apertura del buzón de sugerencias realizadas en el mes de Febrero.

EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION			
1) Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato	**SI**	<u>Al inicio del contrato</u> Compromiso de confidencialidad. Formato 5 (Formato Compromiso de Confidencialidad v6) Para dar cumplimiento a esta obligación contractual se debe suscribir un compromiso de confidencialidad entre el ICBF y el representante legal de la empresa contratista u operador social, este compromiso únicamente lo firmará el representante legal de la empresa contratista u operador.	Una vez se dio inicio al contrato de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, se procedió a la firma del formato de confidencialidad por parte de todo el talento humano dispuesto para la prestación del servicio.
2) Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato	**SI**	<u>En el momento que se materialice un incidente.</u> Reporte de incidentes de Seguridad de la Información. Formato 6 (Formato Reporte de Incidentes de Seguridad de la Información v2)	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, no se presento ningún incidente de seguridad que pudiera afectar la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
3) Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este.	**SI**	<u>Al inicio del contrato</u> Plan de recuperación y contingencia. Formato 25 (Formato Plan de Recuperación y Contingencias v2)	La fundación social yo te cuido cuenta con el plan de recuperación y contingencia ante la presencia de cualquier evento que pueda afectar el cumplimiento de la ejecución del contrato.
4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato.	**SI**	<u>Segundo y último mes de ejecución.</u> Certificación de cumplimiento firmada por el supervisor del contrato. Formato 4 (Formato Cumplimiento de Política de Seguridad de la Información v3) Formato 43 (Formato Seguimiento Cumplimiento Controles Seguridad Información Proveedores Servicios Tecnológicos v1).	
EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
1) Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente	**SI**	Formato 26, Evidencia: Certificación de designación del representante de Seguridad y Salud en el Trabajo. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido cuenta con un representante en seguridad y salud en el trabajo quien cumplen con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente . Se anexa formato F26, El cual certifica el cumplimiento de dicha obligación.
2) Presentar matriz con la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato.	**SI**	Formato 27, Evidencia: Matriz identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, CENTROS ZONALES: , La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido cuenta con una matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contra. Se anexa formato f27 totalmente diligenciado.
3) Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.	**SI**	Formato 1, Evidencia: Listado de Asistencia y acta de reunión, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Una vez dio inicio al contrato se realizo la inducción al puesto de trabajo frente a las funciones que desarrollara durante la ejecución del contrato.
4) Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades.	**SI**	"Formato 28 Formato 29. Evidencia: Matriz de entrega y elementos de protección personal debidamente firmada por cada trabajador, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad."	
5) Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato.	**SI.**	Certificado Médico Ocupacional, Evidencia: Certificado médico ocupacional de cada trabajador, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente perdido de ejecución se solicito al equipo de trabajo que presentara el examen medico ocupacional para el respectivo proceso de contratación. Por lo anterior, se anexan los exámenes ocupacionales del talento humano vinculado para esta contratación, dando cumplimiento con la obligación contractual.
6) Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.	**SI**	Formato 32, Evidencia: Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se anexa el formato de la Elaboración Plan de Emergencias y Simulacro .F32.G7.ABS
EJE DE GESTION AMBIENTAL			
1) Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad.	**SI**	Formato 33, Evidencia: Informe donde se describan las buenas prácticas ambientales implementadas junto con registro fotográfico. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se anexa formato de certificación y cumplimiento de la política ambiental y buenas prácticas ambientales del ICBF formato N° F33.G7.ABS.
2) Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio	**SI**	Copia del acto administrativo del permiso y/o autorización, estudios ambientales, caracterizaciones de vertimientos, mantenimientos, compensaciones, entre otras.	La Fundación social yo te cuido cuenta con los conceptos higiénicos de garzón, Pitalito y la plata vigentes,

3) Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente	**SI**	Formato 35, Presentar semestralmente, Evidencia: Matriz de compatibilidad, inventario de productos químicos, hojas de seguridad, lista de chequeo manejo seguro de sustancias químicas. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se evidencia formato del ICBF F35.G7.ABS manejo adecuado de productos químicos y/ combustibles.
4) Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente. (aplica solo en caso de que se manejen combustibles en la unidad de servicio).	**N/A**	Formato 37 Presentar semestralmente, Evidencia: Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. CENTROS ZONALES: , La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	
5) Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato.	**N/A**	Formato 37 Presentar semestralmente, Evidencia: Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	
6) Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados.	**SI**	Formato 38, Presentar semestralmente, Evidencia: Informes de mantenimiento y limpieza, así como, Certificaciones de disposición final de residuo si aplica. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	la fundación SOCIAL YO TE CUIDO no cuenta con infraestructura que tenga trampas de grasa ni planta de tratamiento de agua.
7) Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente.	**SI**	Formato 39 Formato 40 El plan de saneamiento al inicio del contrato, y los registros serán entregados trimestralmente, Evidencia: Plan de Saneamiento y registros de cumplimiento. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata tiene su propio plan de saneamiento básico el cual esta diligenciado en el formato F39.G7.ABS y F40.G7.ABS
Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE GENERAL			
1) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio correspondiente al periodo vigente CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a cada una de las actividades establecidas en el presente contrato, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, zonas de incidencia del mismo; es así que se adjunta certificación emitida por la representante legal en la cual consta el cumplimiento de los compromisos.
2) Cumplir con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio de los CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024 desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a las acciones enmarcadas en el objeto contractual en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, aplicando de manera correcta y satisfactoria los lineamientos, guías técnicas y manuales operativos establecidos para la modalidad Hogar Sustituto.
3) Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias y dar aviso inmediato al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución y proponer alternativas de solución.	**SI**	Plan de Contingencia- registro de correos electrónicos informando a la Supervisora del Contrato sobre Evasiones si se han presentado durante el mes. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, no se presento ninguna situación de eventos que afecten la permanencia o la atención a los niños, niñas, adolescentes y es familia, ubicados en la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto de los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. Sin embargo, desde los equipos psicosociales dispuestos por la fundación social yo te cuido para a la modalidad en dichos municipios se han realizado constante acompañamiento para evitar se presenten situaciones de riesgo. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual se consta que no se presento ninguna situaciones que afectara la prestación del servicio.
4) Presentar información, y soportes que den repuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato	**SI**	Acta o actas de visita y/o comunicación, (si aplica), o certificación. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo la fundación social yo te cuido no recibió ningún requerimiento por parte de los entes de control frente a la calidad de la prestación del servicio; por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
5)) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato.	**SI**	Reporte de fotografía del archivo de los anexos de historia de atención. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. verificación en sitio	En las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar sustituto, ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la plata, se han dispuesto los medios necesarios para salvaguardar la información y custodia de las carpetas e historias de atención de los niños, niñas, adolescentes, familias sustitutas y talento humano. por lo anterior, se anexa evidencia fotográficas de las condiciones en las cuales se encuentran la documentación generada durante la prestación del servicio; así como certificación emitida por la representante legal.
6) Atender durante la ejecución del contrato, los requerimientos, instrucciones y recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.	**SI**	Reporte respuestas de los requerimientos y/o recomendaciones realizadas por el ICBF. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	En el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024 se dio cumplimiento a las orientaciones e instrucciones recibidas desde el ICBF, a fin de garantizar la prestación del servicio en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. De igual manera, durante el periodo no se recibió ningún requerimiento por parte de los supervisores del contrato, por lo anterior se anexa certificación emitida por la representante legal.

7)) Entregar oportunamente, al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en la ejecución del contrato cuando así se requiera	**SI**	reporte o respuesta de informes, a las solicitudes formuladas (si aplica). CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024 se recibió solicitud de información por parte de la coordinadora y supervisora del centro zonal la Plata frente a las unidades de servicio de las señoras Francy Nieto y Disney García, información que fue enviada oportunamente por parte de la fundación social yo te cuido, así mismo, se realizo el envió de la base de datos de actualización de relación de cupos del municipio de la plata. Por lo anterior, se anexan correos que soportan la respuesta oportuna a dichas solicitudes.
8) Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo “Buenas Prácticas en la Gestión Contractual” del Manual de Contratación del ICBF vigente	**SI**	Certificación emitida por el representante legal. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo del presente informe desde la fundación social yo te cuido se ha cumplido a cabalidad en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata, con las disposiciones establecidas en el capitulo de buenas practicas en la gestión contractual. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta del cumplimiento de dicha obligación.
10) Abstenerse de recibir o solicitar 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 un proceso, y notificando a la supervisión y autoridades competentes cualquier hecho que se relacione con estas conductas.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que NO recibió o solicitó 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 un proceso	Desde la fundación social yo te cuido no se ha recibido o solicitado ninguna dadiva o beneficio en el proceso de gestión y desarrollo del proceso de atención de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta que
11) El contratista se comprometen a asumir un 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 su 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 se comprometen 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	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colabores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y 30 de abril del 2024, desde la fundación social yo te cuido se ha asumido practicas de buen trato para con el talento humano, las madres sustitutas, familias biológicas y usuarios que hacen parte de la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata. Teniendo en ciento lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
12) Constituir y cargar en SECOP las garantías requeridas dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato.	**SI**	soportes cargue de información en el SECOP II	La fundación social yo te cuido cumplido con el cargue de información correspondiente a la suscripción del contrato en los tiempos definidos con los soportes e información requerida. Se anexa pantallazo, del cargue oportuno de la información.
13) Promover acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que esta realizando acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, desde la fundación social yo te cuido con el apoyo de los equipos psicosociales dispuestos para la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata se han implementado acciones para vincular a la familias y redes vinculares a las atenciones implementadas desde la modalidad.
. 14) Reportar por escrito y de forma inmediata al supervisor cualquier novedad o anomalía en la ejecución del contrato.	**SI**	certificación emitida por el representante legal	Durante el presente periodo no se presento ninguna novedad y anomalía que pudiera afectar la prestación del servicio en los municipios de Garzón Pitalito y la plata; sin embargo, de llegarse a presentar cualquier situación esta será reportada por los coordinadores de la modalidad de manera inmediata a la supervisión del contrato. por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual conta que no se ha presentando ninguna novedad.
15) Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato.	**SI**	reporte certificación donde el Operador registre el cumplimiento de todas las demás obligaciones relacionadas con la naturaleza del contrato	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del 2024 se dio cumplimiento a todas las orientaciones y disipaciones relacionadas con la naturaleza del contrato a fin de dar cumplimiento con las acciones y atenciones requeridas.
Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (di)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE TECNICO			
1. Atender 118 cupos en la modalidad Hogar Sustituto para la población: Vulneración 95 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito y Discapacidad 23 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por los centros zonales y/o regionales, según aplique.	**SI**	MENSUAL: CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. 1.Planillas de atención mes a mes enviadas al ICBF 2.Correo electrónico de reporte de cupos a autoridad administrativa asignada. 3. Certificado de cupos firmado por el Representante Legal. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del 2024, se atendieron un total de 98, niños, niñas y adolescentes; discriminados de la siguiente manera, según centro zonal: 1. Centro zonal Garzón: 35 cupos Vulneración: 28 Cupos Discapacidad: 07 cupos 2. Centro zonal Pitalito:32 cupos Vulneración: 20 cupos Discapacidad: 11 cupos 3. Centro zonal la Plata: 31 cupos Vulneración: 26 cupos Discapacidad: 11 cupos Por lo anterior, se anexa planillas de reportes de los cupos atendidos y el correo donde se reporto debidamente la información a las supervisoras del contrato, así como certificación emitida por la representante legal.

2) Adelantar las acciones del proceso de atención en el marco de la Propuesta de Implementación y Cualificación aprobada.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Concepto de aprobación y copia del PAI vigente. Revisión de manera mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. Revise el informe mensual de prestación del servicio y verifique que el operador registre que se desarrollaron las acciones del proceso de atención, de acuerdo con lo definido en la Propuesta de Implementación y Cualificación PIYC aprobada.	Durante el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes actividades las cuales estaban enmarcadas dentro de los coronogramas establecidos para el desarrollo de la prouesta de implementacion PIYC, en los municipio de Garzon, Pitalito y la Plata: 1. Fortalecimiento a familias biologicas: La plata: 26 de abril Pitalito: 28 de abril Garzon: 22 de abril. 2. Fortalecimiento a madres sustitutos La plata: 26 de abril Pitalito: 29 de abril Garzon: 28 de abril. 3.Encuentros Bilogicos: La plata: 26 de abril Pitalito: 28 de abril Garzon: 22 de abril. Del mismo modo, el dia 06 de abril del 2024 se llevo a cabo jornada de induccion al talento humano, y de manera quincenal se llevo a cabo la apertura del buzon de sugerencias.
3) Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención que cumpla con los criterios establecidos en los documentos técnicos vigentes del ICBF	**SI**	VERIFICACION EN SITIO y Certificado que de constancia del cumplimiento de esta clausula por parte del representante legal	Durante el presente periodo la fundacion social yo te cuido se garantizo que todos los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad Hogar Sustituto cuenten con sus respectivas historias de atención con documentación y seguimientos actualizados según cronograma establecido para cada mes. Teniendo en cuenta, lo anterior para el periodo comprendido entre el 01 el 30 abril del año 2024 se aperturaron 18 historias de de atencion, discriminadas de la siguiente manera: Municipio de Garzon: 7 historias de atencion - vulneracion Municipio de la Plata: 9 historias de atencion - vulneracion Municipio de Pitalito: 2 historias de atencion - vulneracion
4) Implementar el registro de experiencias según lo establecido en los lineamentos y manual operativo de la modalidad	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR, diligenciado para cada una de las unidades de servicio activas en las sedes , Pitalito y La Plata.	El periodo comprendido entre el 01 y el 30 del mes de abril del 2024 se llevo a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio: 1. Municipio de Pitalito: los días 23, 24, 25 y 26 del mes abril del 2024. 2. Municipio de la plata los días 23 y 29 de abril del 2024, 3. Municipio de Garzon los dias 23 y 24. Jornadas en las cuales se verifico las condiciones de las unidades de servicio. Jornadas en las cuales se verifico el registro de experiencias de cada madre sustitututa con las acciones desarrolada dentro del hogar con cada uno de los usuarios. Por lo anterior, se anexa Formato F14, Donde se evidencia las situaciones encontradas en las unidades de servicios; Del mismo modo, se remite certificacion emitida por la representante legal en la cual se da el aval de las acciones realizadas.
5). Cumplir con el componente de alimentación y nutrición, acorde con lo establecido en los documentos técnicos, manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto, memorandos, requerimientos y/o directrices que emita el ICBF	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio *Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal.	Durante el periodo comprendido del 1 a 30 de abril del 2024, se llevo a cabo todas las acciones establecidas en el componente de salud y nutrición acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos; es así que la representante legal certifica el cumplimiento de dichas acciones.
6). Garantizar a los beneficiarios, los elementos de dotación personal, escolar, acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos y los tiempos y cantidades establecidos en el manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto.	SI	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal	Durante el periodo comprendido entre el 01 al 30 de abril del 2024, desde la fundación social yo te cuido se ha garantizado la entrega de los elementos correspondientes a dotación personal y escolar acorde a los tiempos establecidos en los lineamiento técnicos del ICBF. * Dotaciones iniciales: 16 Garzón: 6 Pitalito: 2 La plata: 8 * Dotaciones escolares: 11 Garzón: 5 Pitalito: 1 La plata: 5
7) informar y articular con la autoridad administrativa las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento de esta obligación por parte del representante legal	En el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024 la fundacion social yo te cuido realizo articulaciones con las entidades del sistema Nacional de Bienestar Familiar a fin de garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características", como se relaciona a contunuacion: MUNICIPIO DE GARZON: * Oficio asignacion de cupo al CDI garrapiños del niño J.D.VR * correo de solicitud de vinculacion a salud y educacion del niño J..D.V.R * Correo de solicitud de vinculacion al sistema de salud de la niña D.S.A * Correo de solicitud de cupo en el hogar comunictario para el usuario A.M.O.V * Correo de respuesta a solicitud de vinculacion al sistema de salud para el usuario D.S.A * Soliictud de cupo para la modalidad HCB para el niño J.N.Y.S * Correo de vinculacion al sistema educativo para el usuario V.S.C * Respuesta a solicitud de cambio de IPS de la niña C.Y.M.M * Correo de soliictud de informacion frente a valoraciones y procesos clinicos del adolescente V.M,C,C * Solicitud de terapia cognitiva para la adolescente M.V.C MUNICIPIO DE LA PLATA: * Solicitud de aprobacion cita por especialidad por psicologia clinica para la ususaria K.S.C * Solicitud de cita medica por psiquiatria para la usuaria J.C.R * Soliictud de cita media especilizada para el niño O.M * Solicitud cita por neuropsicologia pediatrica y psiquiatria infantil para la niña K.T.F. * Correo de solicitud de cupo escolar para el niño J.A.C.G * Correo de soliictus de cupo escolar para el usuario J.A.J * Soliictud de cupo escolar para la niña M.D.A.B.C. MUNICIPIO DE PITALITO

8) Realizar acciones mensuales donde se evidencien las gestiones para la vinculación de los beneficiarios en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y cumplir con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas trimestrales.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	La FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO en el periodo del presente informe realizo acciones a fin de realizar la vinculación de los usuarios de la modalidad Hogar sustituto en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y dar cumplimiento con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas; por lo anterior, se anexa certificación firmada por la representante legal. De igual manera, el dia 30 de abril del año 2024 se desarrollo en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata la celebracion del dia del niño, durante la cual se implementaron actividades ludicopedagogicas y recreativas contando con el apoyo de la universidad surcolombiana y las alcaldiaas municipales.
9) Realizar acciones para que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participe en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y adecuando el cronograma de visitas de acuerdo con los tiempos disponibles de las familias.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO * Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	Durante el periodo comprendido entre el 1 al 30 abril del 2024, la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO llevo a cabo acciones para permitir que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participen en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y ajustando los tiempo acuerdo con la disponibilidad de las familias; entre las cuales se evidencian: 1. ENCUENTROS BIOLOGICOS Garzon: 22/04/2024 Pitalito: 18/04/2024 La Plata: 26/=4/2024 2. Fortalecimiento a familias biologicas sobre Fortalecimiento de vínculos afectivos a través de pilares de educación y responsabilidades, compromisos y responsabilidades parentales. Garzon: 22/04/2024 Pitalito: 18/04/2024 La Plata: 26/04/2024
10) Contar con mecanismos de control dentro de los hogares sustitutos para asegurar que los medicamentos estén fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes y se suministren de acuerdo con lo indicado en la fórmula médica expedida por la EAPB, Lo anterior, debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto. Además, que no tengan acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego y demás materiales con lo que se pueda atentar contra con su integridad personal o la de los demás. Lo anterior. debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto	**SI**	VERIFICACION EN SITIO Certificado de cumplimiento por el representante legal.	Para el presente periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del 2024 la fundación social yo te cuido brindo orientaciones a las madres y padres sustitutos para el adecuado manejo de medicamentos y elementos cortopunzantes y evitar que estos se encuentren al alcance de los niños, niñas o adolescentes.
11) Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos, y las evidencias deben reposar en el anexo de la historia de atención de cada uno según corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a la modalidad	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Evidencia de socialización de la Guía de Orientaciones al talento humano (actas, listado de asistencia, registro fotográfico). *Pantallazo del envío del reporte de eventos si se han presentado en el mes. *Pantallazo de lo registrado en el espacio de acciones realizadas y registradas dentro de la matriz del reporte de eventos. * Certificado de cumplimiento por el representante legal.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del 2024 no se presentan situaciones de riesgo al interior de las unidades de servicio de la modalidad hogar sustituto; por lo anterior, se remire certificación emitida por la representante legal donde consta dicha situación.
12). Presentar soporte de entrega del plan de acción vigente en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico a la Dirección Regional, así como las acciones y estrategias adelantadas para tal fin.	**SI**	Al inicio del contrato Documento plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico*Plan de Prevención y soporte de envió *Verificado de cumplimiento por el representante lega. Elaborar el plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico y entregarlo al supervisor del contrato durante el primer mes de ejecución del presente contrato.	Para el presente periodo del mes de abril del año 2024 la fundación social yo te cuido adjunta Matriz Plan de Acción Prevención del Daño Antijurídico correspondiente al presente contrato, Así mismo, se adjunta soporte de envió y aprobación del mismo por parte de la supervisora del contrato y correo de solicitud de asistencia técnica.
13) Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la modalidad de acuerdo con lo establecido en el Política de Prevención del Daño Antijurídico.	**SI**	Reporte de eventos *Certificado de cumplimiento por el representante legal	Para el periodo comprendido entre el 01 al 30 de abril del año 2024 no se presentaron eventos de daño antijuridico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.
14) Presentar al supervisor de contrato una propuesta de la entidad para llevar a cabo de manera permanente, la difusión y apertura de nuevos Hogares Sustitutos. La propuesta debe contar con indicadores, responsables y un cronograma mensual de actividades para este fin de parte del operador; así mismo, la entidad deberá apoyar a la Dirección Nacional y Regional del ICBF, así como a los coordinadores de los centros zonales de la regional donde ejerce su jurisdicción, en el proceso de convocatoria, difusión de la modalidad y conformación de nuevos hogares sustitutos según lo establecido en el manual operativo de la modalidad, para contar con el número de familias sustitutas requeridas, según los cupos contratados, teniendo en cuenta las tablas de ubicación máxima por unidad de servicio del manual operativo de la modalidad, garantizando así la adecuada atención de los niños, niñas y adolescentes.	**SI**	*Informe mensual de prestación del servicio. *Evidencia del proceso de convocatoria y difusión de la modalidad realizado durante el mes. * Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	La fundación social yo te cuido en el mes de ABRIL del año 2024 llevo a cabo acciones de convocatoria y difusión de la modalidad hogar sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata; por lo anterior, se a la adjunta las evidencia del proceso de convocatoria. Es asi que en el municipio de la Plata se llevo a cabo difusion de la informacion en una cadena radial del territorio, en el municipio de Garzon y Pitalito se implementaron acciones de difucion voz a voz y participaciones en jornadas recreativas y reuniones convocadas por la alcaldia municipal de carda territorio.
15) Elaborar y mantener actualizadas todas las bases de datos de los hogares sustitutos de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad.	**SI**	Base de datos actualizada con corte al mes pertinente. *Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, desde la fundación social yo te cuido se realizó la actualización de la base de datos de los Hogares Sustitutos ubicados en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata; es asi que a la fecha del presente informe encintramos las siguientes unidades de servio en cada municipio: * Garzon: 13 + Pitalito: 8 * La plata:11
16) Cumplir con el proceso de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas, presentando para ello al supervisor del contrato un cronograma semestral con fechas, responsable e indicadores, en donde se incluyan todas las temáticas establecidas en el manual operativo de la modalidad.	**SI**	Al inicio de contrato y cada seis meses durante la ejecución Documentos que den cumplimiento a la obligación Verifique que el operador cuente con soporte de entrega del cronograma semestral de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas	La fundación social yo te cuido realizo actividades de fortalecimiento familiar con las madres sustitutas en el mes de abril del año 2024, por lo anterior, se anexan Actas Actividades realizadas, de acuerdo a lo establecido en el cronograma de fortalecimiento familiar de los hogares sustitutos. Es asi que durantre estas jornadas se desarrollo la temática relacionada a intervención basada en la confianza –TBRI Trust-Based Relational Intervention (Intervención Relacional. Basada en la Confianza)., principio de conexión ante las necesidades de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes " . lo anterior para fortalecer los lazoz afectivos y de confianzxza entre las familias sustitutas y los usuarios de la modalidad, estas actividades se llevaron acabo en las siguientes fechas:

17)) Participar en los espacios de fortalecimiento técnico de la modalidad Hogar Sustituto a los cuales sea convocado por las Autoridades Administrativas, el Centro Zonal, la Regional o la Sede Nacional del ICBF.	**SI**	Certificación emitida por el representante legal	Durante el mes de abril de 2024 la Fundación social yo te cuido participo activamente en dos convocatorias realizadas por el ICBF: * Fortalecer las acciones de cumplimiento en el marco de la Política de Prevención de Riesgo Antijurídico, de manera atenta solicito su asistencia en la videoconferencia sobre orientaciones para el registro del reporte de eventos - 04 DE ABRIL DEL 2024. *Jornada de acompañamiento tecnico para fines de garantizar un empalme apropiado y optima operacion. - 18 de abril del 2024 *Presentacion y aprobacion del presupuesto de la fundacion social yo te cuiodo - 29/04/2024 * Sociallizacion de obligaciones contractuales - 30/04/2024
18) Presentar al supervisor de contrato al inicio del contrato y de manera trimestral, un cronograma de lo que se denomina en el manual operativo de la modalidad: "semana de proyecto familiar" de cada uno de los Hogares Sustitutos que administra, con nombres de la madre o padre sustituto, fecha en que se tomará la semana de proyecto familiar, observación de si la semana se toma con los beneficiarios ubicados o no, todo esto con el fin de organizar este espacio de las familias sustitutas	**SI**	Documentos que den cumplimiento a la obligación-Verifique que el operador cuente con soporte de entrega del cronograma de semana de proyecto familiar.	La fundación social yo te cuido cuenta con un cronograma para el desarrollo trimestral de actividades encaminadas a la semana del proyecto familiar, en cada uno de los hogares sustitutos
19) Elaborar e implementar un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad y Manual Operativo de la modalidad Hogar sustituto.	**SI**	Documentos que den cumplimiento a la obligación	Durante el mes de abril la fundación social yo te cuido lleva a cabo todas las acciones enmarcadas en los cronogramas, es así que se evidencian cronogramas de actividades desarrolladas por el equipo de talento humano por cada munciipion de atencion, en el cual se evidencia el desarroolo de las siguientes actividades: * Seguimiento a usuarios de la modalidad * jornadades de fortalecimiento familiar a familias sustitutas y familias biologicas * jornadas de diculgacion de la modalidad * visita a unidades de servicio * talleres con usuarios y actividades de fortalecimiento del pryecto de vida.
Cumplimiento de Obligaciones Administrativas del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE ADMINISTRATIVO			
1) Disponer del talento humano en perfil y tiempo de dedicación exigido para el desarrollo del servicio, acorde con los documentos técnicos del ICBF y mantener actualizadas las carpetas del talento humano vinculado para la ejecución del contrato, las cuales deben incluir: hoja de vida, soportes de estudio, tarjeta profesional (cuando aplique), certificaciones de experiencia, código ético firmado, contrato debidamente firmado, certificados de antecedentes (Contraloría, Procuraduría, Policía), registro nacional de medidas correctivas (inicial y con actualización trimestral), consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes (inicial y con actualización cada 4 meses), antecedentes profesionales (cuando aplique), soportes de pago de seguridad social y documentos de compromiso de confidencialidad y de protección de datos firmados. Lo anterior, puede ser físico o magnético. La contratación del talento humano que se requiera no podrá ser tercerizado.	**SI**	Certificado de Cumplimiento. Listado del Talento Humano-Informe mensual de la prestación del servicio. (mensual)-verificación en sitio,	Para el periodo comprendido entre el 01 al 30 de abril del 2024 la fundación social yo te cuido dispuso del Talento Humano requerido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, por lo anterior, se anexa directorio de talento humano; Como se describe a continuaion: 1. COORDINADORES + Fabian Andres Lamilla Galvis + Yudy Alejandra Barragan Cleves 2. NUTRICIONISTA + Hamara Paez Delgado 3. PROFESIONALES DE AREA + Ana Maria Losano Plaza + Diego Alejandro Losada Romero 4. EQUIPO GARZON + Laura Alejandra Fernandez Sotto - Psiciloga + Erica Alvarino Ortiz - Trabajadora social + Jessica Lorena Garzon - Gestora de caso + Maria Alejandra Trujillo - Auxiliar Administrativa 5. EQUIPO LA PLATA + Paola Andre Marion - Psicologa
2) Presentar mensualmente certificado emitido por el representante legal y contador en el que haga constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos, con la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas, la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes y con el tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la modalidad.	**SI**	Informe Técnico mensual-Certificado de Cumplimiento de esta obligación. Revise que se adjunte al informe, la certificación firmada por el representante legal y el contador en la que certifiquen que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil, los requisitos y con el tiempo de dedicación exigidos en los lineamientos.	Para el periodo del mes de abril la fundación social yo te cuido soporta que dispone del Talento Humano requerido para el desarrollo de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto y cuenta con los requisitos exigidos contractualmente; por lo anterior, se anexa el certificado firmado por la representante legal.
3)) Cumplir y mantener durante toda la ejecución del contrato, adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes.	**SI**	Informe Técnico Mensual, Certificado de Cumplimiento de esta obligación -registro fotográfico-Licencia de Funcionamiento	Para el periodo del mes de abril la fundación social yo te cuido dio cumplimiento con las condiciones locativas y de infraestructura que estipula el Lineamiento Técnico de Modalidades para la Atención de Niños, Niñas, Adolescente y Jóvenes con sus Derechos Amenazados y/o Vulnerados". en las sedes administrativas ubicada en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. Teniendo en cuenta lo anterior se anexa certificación firmada por la representante legal.
4) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa competente y al supervisor del contrato, de acuerdo con los procesos, procedimientos y orientaciones establecidos por las Direcciones de Planeación, Protección y la Oficina Asesora de Comunicaciones para el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el servicio. Aplica para universidades, ONG, periodistas, estudiantes, docentes, cooperantes, contratistas del ICBF, funcionarios del ICBF y cualquier otra persona.	**SI**	La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencias: Registro de autorizaciones en caso de el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo del mes de abril del 2024, se resalta que no se realizaron investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad.
5) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa y al supervisor del contrato, para atender a los beneficiarios en otra sede.	**SI**	MENSUAL: CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. 1.Planillas de atención mes a mes enviadas al ICBF 2.Correo electrónico de reporte de cupos a autoridad administrativa asignada.	La fundación social yo te cuido durante el periodo del 01 al 30 de abril del 2024 no se realizaron atenciones de usuarios en otras sedes del operador, estas se llavín a cabo en las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.

6) Contar con los medios tecnológicos y de comunicaciones necesarios para registrar y transmitir la información al ICBF.	**SI**	"CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencia: Evidencia de los medios tecnológicos para transmitir la información ICBF. Modalidades: Vulneración y Discapacidad."	La fundación social yo te cuido en el mes de abril, para el desarrollo de las Modalidades Discapacidad y Vulneración, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata cuenta con todos los medios tecnológicos y de comunicación necesarios para registrar y trasmitir la información al ICBF, tales como son: 1. Correo electronico para cada profesional desde el dominio de la pagiina web de la fundacion. 2. Grupos informativos de whatsaap donde se comparte informacion de interes oara el talento humano y madres sustitutas. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
7) Realizar las confirmaciones de los ingresos y egresos de cada usuario (a), de acuerdo con las órdenes de los Defensores de Familia y Comisarios de Familia, en el Sistema de Información Misional del ICBF siempre y cuando el sistema se encuentre disponible y operando correctamente	**SI**	"CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencias: Relación de radicados (físicos y/o electrónicos) Modalidades: Vulneración y Discapacidad. "	Desde la fundación social yo te cuido la persona encargada de manejar el registro de ingresos y egresos a la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón Pitalito y la Plata, es FABIAN ANDRES LAMILLA GALVIS, todo este manejo se ha dado a través del correo electrónico dispuesto por la fundación, lo anterior, dado que a la fecha no se ha logrado la asignación de usuario SIM, puesto que presentamos fallas en el registro de PROVEEDORES, situación que ya se encuentra escalonada a la sede nacional y estamos a la espera de que sea habilidad dicho aplicativo y de esta manera sean asignado el usuarios SIM. se anexa acta de solicitud de usuario SIM.
8) Cumplir con las acciones establecidas en la Guía técnica para la metrología aplicable a los programas de los procesos misionales del ICBF vigente	**SI**	Verificación en sitio. 2 veces al año. Certificación por representante legal mensual	La fundación social yo te cuido cumple a cabalidad con la totalidad de las acciones establecidas en la Guía Técnica para la metrología aplicable a modalidad; por lo anterior se anexa, certificado de la representante legal en la cual se establece que durante el mes de abril la fundación cuenta con los equipos metrológicos en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzo, Pitalito y la Plata. De igual manera se anexa certificado de calibracion reciente de los equpos asignados para cada centro zonal
9) Realizar las gestiones de adquisición de elemento de dotación para la modalidad de atención según sea el caso, de acuerdo con los recursos destinados en el contrato para tal fin, cuando aplique	**SI**	Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera	Durante el presente periodo no se realizo adquisición de elementos para la dotación de las sedes administrativas,
10) Contar con un banco de hojas de vida y proceso de selección que le permita cubrir antes de 10 días hábiles alguna vacante del personal que opera el servicio cuando se presenta renuncia unilateral por parte del empleado	**si**	Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera	la fundación social yo te cuido cuenta con un banco de hojas de vidas las cuales cumplen con todos los requisitos para suplir alguna vacante que se llegue a presentar durante la prestación del servicio; estas son recepcionadas desde el correo fundacionsocialyotecuido@gmail.com y debidamente revisadas y aporbadas por el equipo de coordinadores de la fundacion. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal donde hace constar dicha información
11) Contar con un programa que propenda por la estabilidad del talento humano, con el fin de disminuir la rotación de personal en los servicios, lo que impacta negativamente la adherencia pedagógica de los usuarios	**si**	Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera	La fundación social yo te cuido cuenta con estrategias que permitan generar estabilidad al talento humano vinculada a la modalidad, a fin de que no presente acciones de rotación de personal, que afecten la prestación del servicio. Entre ellas encintramos: 1. convenio con la UNIVERSIDAD UNICALRETIANA a fin de potencializar y fascilitar procesos academicos de los profesionales- 2. Jornadas de cualificacion al talento humano y fortalecimiento de saberes. 4. espacios de escucha .
Cumplimiento de Obligaciones dotación recibida o adquirida por el contratista del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA POR EL CONTRATISTA			
1)) Suscribir acta de recibo y de entrega de los bienes muebles entregados por el ICBF al inicio y al final de la vigencia del presente contrato y adquiridos durante la ejecución del mismo con la respectiva relación de inventarios, bienes que quedaran bajo su custodia, serán su responsabilidad y deberán ser devueltos una vez se dé por terminado el contrato. Así mismo, se deberán actualizar y reportar a la supervisión de contrato, con una periodicidad cuatrimestral las novedades presentadas en el inventario, siendo el supervisor responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Certificado de la fundación Acta de Recibo de bienes muebles e inventario	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
2) Informar de manera inmediata al supervisor, una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con el traslado de las correspondientes facturas y demás soportes que apliquen	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: certificado de la fundación , Oficio radicado en centro zonal 1) copia de la factura de compra 2) evidencia fotográfica del elemento instalado 3) Copia de la factura de venta	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
3) Si una vez se reciba la dotación por parte del contratista responsable de los bienes, en la verificación inicial encuentra inconsistencias, al confrontar la relación o acta de bienes que tiene a cargo contra el inventario físico realizado respecto de los bienes que le han sido suministrados para su servicio, comunicará por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recibo al servidor público encargado del control de inventarios -responsable de almacén- sobre las diferencias detectadas -faltantes y sobrantes- para que efectúe las verificaciones y correcciones si a ello hubiere lugar	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Relación o Inventario de muebles y enseres entregado por el ICBF	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
4)Utilizar los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato conforme al uso legítimo autorizado.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Informe mensual de prestación del servicio, Facturas y soportes de gastos por mantenimiento	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS

5) Responder por cualquier deterioro de los bienes muebles devolutivos, que no provenga del desgaste natural o que provenga del uso no autorizado por el ICBF.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Actas de inventarios, soportes contables y evidencias fotográficas	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
6) Emplear la mayor diligencia en la conservación de los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Inventario delos elementos de dotación, Soportes de gastos y conceptos técnicos de mantenimientos evidencia fotográfica	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
7)Efectuar las reparaciones y mantenimientos indispensables para la conservación de bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Certificado representante legal Informe mensual de prestación del servicio, Acta de inventario de muebles y enseres. Mantenimientos e Informe o reporte de anomalía	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
8) Vigilar y custodiar los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perturbados por terceros. En caso de ocurrir cualquier perturbación a la tenencia, dar aviso al ICBF en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: informe mensual de prestación del servicio, Soporte o nota contable	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
9) Llevar la contabilidad de los bienes muebles por centro de costos, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico - y documentos administrativos vigentes que rijan para el programa, en los casos que aplique.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Libro auxiliar que evidencie el registro en el centro de costos	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
10) Informar al supervisor del contrato la existencia de siniestros dentro de los cinco (5) días hábiles a su ocurrencia.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Certificado representante legal y/o Comunicación escrita	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
11) Elaborar en coordinación con el delegado del ICBF el inventario de los elementos de dotación que sean adquiridos y entregados con recursos del ICBF, y entregarlo al supervisor del contrato para el respectivo procedimiento de ingreso y egreso de bienes que establezca el ICBF	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Radicado documentos para almacén *Actas de entrega *Registro Fotográfico	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
12) Restituir mediante acta a la persona natural o jurídica que determine el ICBF a la terminación del contrato, los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF, según inventario inicial, salvo que al terminar el contrato los bienes hayan cumplido su vida útil y no puedan ser utilizados para el servicio. En este caso, se procederá conforme con lo establecido en el anexo técnico respectivo dado por el ICBF.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega-Inventarios de bienes muebles y enseres detallando el estado de los mismos	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
13) Relacionar en acta, tanto al inicio como al final del contrato, los elementos propiedad del CONTRATISTA y puestos a disposición de las unidades de servicios, incluidos en el plan de trabajo.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL; Acta de inicio y final de la relación de los elementos de propiedad del Contratista y puestos a disposición de la modalidad-	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
14) Garantizar en caso de traslado o cierre de las unidades de servicio, que los elementos de dotación propiedad del ICBF sean transferidos a la nueva unidad, mediante acta de entrega, en presencia del supervisor del contrato, representante legal del contratista y del almacenista de la Regional cuando aplique.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega de inventario de elementos devolutivos o restitución a la terminación del contrato	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
15) Entregar al supervisor del contrato, la relación de actas de entrega a cada unidad de servicio, en la que se especifiquen los elementos entregados, la referencia, marca, serial, modelo-en los casos que aplique-, la cantidad y el estado en que se reciben. PARÁGRAFO PRIMERO. La EAS serán responsables en los siguientes eventos: a). Cuando el hecho hubiere sobrevenido por culpa suya, inclusive levísima; b. Cuando por peligro del bien prestado o propio, haya preferido salvar el suyo; y c. cuando expresamente haya aceptado la responsabilidad del caso fortuito. PARÁGRAFO SEGUNDO. La falta de reporte de los bienes muebles devolutivos adquiridos como dotación en el marco del contrato de aporte, o su no devolución a la finalización del contrato, harán incurrir al Contratista en responsabilidad contractual, disciplinaria, fiscal y penal. 5) Baja de bienes muebles, se da cuando los elementos se encuentren totalmente inservibles o cuando existan bienes que contengan elementos o compuestos peligrosos, que si bien no generan problema durante su uso, pero se convierten en un peligro cuando se liberan al medio ambiente y que además presentan alto grado de deterioro, o que ya no son útiles para la entidad por estar en estado de inservibles, el supervisor de contrato deberá solicitar el inventario - responsable de almacén y en articulación con el CONTRATISTA clasificará el listado de bienes según su estado en deterioro, obsolescencia, inservibles o reubicación, (sólo aplica para los bienes devolutivos) y mediante correo electrónico lo remitirá al responsable de almacén para que realice las gestiones correspondientes. Para los bienes clasificados como de CONSUMO se levantará un acta firmada por e	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega de inventario de elementos devolutivos restitución a la terminación del contrato-	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
Cumplimiento de Obligaciones Legales del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**fueron adquiridos en la ejecución de vigencias contractuales anteriores.**

COMPONENTE LEGAL			
1) Mantener la licencia de funcionamiento vigente para el servicio objeto del presente contrato durante el plazo de ejecución.	**SI**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón.Copiadela licenciade funcionamiento, Anexos en PDF.Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	El ICBF - Regional Huila realizo la verificación y aprobación en los requisitos de cumplimiento para el proceso de renovación de las licencias de funcionamiento a la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, es así que desde la fundación contamos con resolución de licencia de funcionamiento: Modalidad Vulneración Resolución 221 del 29/04/2024 Modalidad Discapacidad Resolución 222 del 29/04/2024
2) Suscribir el acta de inicio del contrato.	**SI**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Acta de Suscripción de Contratos. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	la fundación social yo te cuido cuenta con el acta de inicio del contrato la cual reposa en la carpeta del contrato debidamente suscrita el día 01 de abril del año 2024.
3) Suscribir todas las actas que se produzcan con ocasión de la ejecución del contrato.	**SI**	Evidencias: Acta de inicio. Anexar en PDF todas las actas de las reuniones sostenidas durante el mes (sin importar su naturaleza) - Formato certificación CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón.	La fundación social yo te cuido para el mes de abril del años 2024, no se adjuntan actas suscritas con ocasión a la ejecución del contrato, por lo anterior se adjunta certificación emitida por la representante legal.
4) Cumplir con las obligaciones laborales que como empleador se puedan generar con relación al contrato suscrito: presentar mensualmente las certificaciones expedidas por el representante legal de la entidad o revisor fiscal, según corresponda, donde conste que la misma se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral, como: i) aportes parafiscales; ir) aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral; iii) el pago de sueldos u honorarios en los tiempos establecidos para tal fin, según la vinculación laboral (no se admiten mora en los pagos); iv) el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores; v) el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros.	**SI**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Planilla de Pago de Seguridad Social del mes de enero. *Certificado del revisor fiscal y representante legal. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido anexa certificación de cumplimiento de pagos de las obligaciones laborales de pensión, salud y demás conceptos legales, firmado por la revisora fiscal con fecha de expedición del 01 de mayo de 2024.
5 Entregar de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios para atender requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador.	**si**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Certificado representante legal	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, se realizo envió de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios; es de resaltar, que no se recibieron requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador.
Cumplimiento de Obligaciones Financieras del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE FINANCIERO			
1) Presentar dentro del primer mes de ejecución del contrato el presupuesto de ingresos y gastos de acuerdo con los clasificadores de costo establecidos para la modalidad, para la revisión y aprobación por parte del Supervisor	SI	Presupuestos en formato ICBF. F7.G19.P. versión vigente, debidamente radicados con anexos y firmados por Representante Legal y Contador. Modalidades Vulneración y Discapacidad (primer informe de seguimiento)	Se anexa el presupuesto debidamente aprobado por el equipo técnico y el equipo de supervisión.
2) Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al mes vencido los soportes correspondientes para la expedición del certificado de cumplimiento, acorde con la cláusula séptima	SI	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. Oficio radicado que se presenta la siguiente los siguientes documentos: los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los niños, niñas y adolescentes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de pago a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de pago al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de pago correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. (7) Cuenta de cobro o factura (según aplique). (8) Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique	*RELACION DE CUPOS ATENDIDOS EN EL MES *CERTIFICADO DE CUPOS ATENDIDOS *PLANILLAS DE CUPOS ATENDIDOS *CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES
3) Presentar informe al finalizar el contrato, el cual contenga como mínimo: registro de cupos contratados y efectivamente atendidos mensualmente, logros y dificultades y aportes recibidos y su utilización.	SI	Informe final de ejecución del contrato: Planillas de Usuarios (as) atendidos o sesiones realizas durante la vigencia del contrato o liquidación mensual del reporte SIM. • Certificaciones de cupos atendidos o sesiones realizas firmada por la Coordinadora o Representante Legal. • Informe donde se evidencie los logros y dificultades.	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

4) Estructurar la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas – PUC- según la directriz que defina el ICBF, con sus soportes debidamente organizados que identifiquen la implementación de las NIIF y de la información actualizada	SI	Certificación firmada por el contador donde indica que la información financiera esta fundamentada en la contabilización y registro de acuerdo al PUC establecido . Y Sistema Financiero Utilizado	La fundación, cumple con las normas de contabilidad requeridas, con su estructura financiera de acuerdo con el plan único de cuentas aceptadas e implementación de las NIIF, para lo cual dispone del software contable león, el cual genera movimiento contable conforme a la normatividad vigente y certifican que la contabilidad se maneja por centro de costos y certificación enviada con firma del representante legal, revisión fiscal y contador del periodo presentado.
6) De conformidad con lo establecido en al artículo 2.2.1.2. 4..2.16 del Decreto 1860 de 2021, se deberá garantizar la provisión de bienes o servicios por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional, esta provisión se establece en un porcentaje del cinco por ciento (5%) de los bienes y servicios requeridos para la ejecución del contrato	SI	Certificado, y soportes contables y administrativos	Se realizó seguimiento financiero al operador de acuerdo a la información presentada según resumen de centros de costos por la totalidad del contrato y se encuentra conforme con la ejecución de gastos. se adjunta certificado del contador.
7) Pagar oportunamente a los proveedores y presentar paz y salvo mensual o de acuerdo con su política de pago	SI	Certificado de cumplimiento de pago a proveedores - soportes de pago - transferencia electrónica. Y paz y salvo al finalizar el contrato	Certificado de cumplimiento de pago a proveedores
8) Facilitar de manera oportuna e integral, libros de registro, archivos, actas, informes, expedientes y demás información financiera que le solicite el supervisor del contrato; esta información se debe suministrar completa en el lugar de ejecución del presente contrato y debe estar actualizada, de tal manera que permita verificar la ejecución del recurso de forma mensual, acorde con lo establecido en los documentos y sus respectivos clasificadores de costo según aplique para la modalidad. 9) Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de presupuesto, ingresos y gastos..	SI	• Formato de seguimiento financiero versión vigente. Oficios radicados de solicitud y aprobación de los traslados de rubros presupuestales con la respectiva justificación y/o Certificación	se anexan evidencias a la entrega del formato de seguimiento financiero vigente, soportes contables, talento humano, consolidado de las planillas de liquidación.
9) Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de presupuesto, ingresos y gastos..	SI	• Formato de seguimiento financiero versión vigente. y soportes contables del mismo, que evidencien que evidencien los pagos de las obligaciones adquiridas por el operador en los tiempos que se hayan pactado para ello. - Comprobante de transferencia, certificación del Revisor fiscal y facturas del mes	Para este periodo no se evidencia soportes por dichos conceptos
10) Ejecutar durante la vigencia del contrato los recursos asignados. No se podrán realizar compras con cargo a los recursos del contrato para ejecutar fuera del plazo contractual. Se debe llevar un control que identifique la compra, entrega y saldos de los bienes adquiridos con recursos del contrato de aporte.	SI	• Formato de seguimiento financiero versión vigente. y soportes contables del mismo, que evidencien que evidencien los pagos de las obligaciones adquiridas por el operador en los tiempos que se hayan pactado para ello. - Comprobante de transferencia, certificación del Revisor fiscal y facturas del mes	Certificado de ejecución del contrato durante su vigencia
11) Realizar en los tiempos acordados o establecidos para ello, el pago de las obligaciones adquiridas por parte del contratista, sin condicionar estos a la entrega de los recursos aportados por el ICBF del contrato de aporte	SI	Certificación firmado por el Contador y/o Revisor Fiscal- que se cumple con todas las obligaciones inherentes a la ejecución del contrato	Certificado del pago de las obligaciones adquiridas para la ejecución del contrato
12) Llevar la contabilidad por centro de costos, de los recursos que le corresponde ejecutar del contrato, en la cual se identifique la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual, debidamente avalada por el contador, sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF	SI	Certificación firmado por el Contador y/o Revisor Fiscal-Libros auxiliar por centro de costos	Certificado donde se especifica que la fundación certifica que lleva la contabilidad por centro de costos, de los recursos que le corresponde ejecutar del contrato, en la cual se identifica la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual, debidamente avalada por el contador, sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF y se lleva mediante el sistema contable parametrizado en software contable león
13) Reintegrar los recursos aportados, no ejecutados, ejecutados de forma indebida o que se utilicen en gastos diferentes a los reconocidos dentro de los clasificadores del costo aprobados para la modalidad, de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta el ICBF. Remitir al supervisor del contrato, dentro de los tres (3) días siguientes a la consignación, copia del documento donde conste la operación que, por concepto de reintegros, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón la ejecución del contrato. El contratista puede autorizar que el ICBF descuente del saldo a favor, el valor correspondiente al reintegro que se llegase a causar. En el caso en que el contratista no reintegre o autorice el descuento del recurso, el supervisor de contrato puede descontar dicho recurso del saldo a favor antes de la terminación del contrato. PARÁGRAFO: Las consignaciones a que hace referencia esta obligación deben realizarse únicamente en la cuenta informada por escrito por el supervisor del contrato.	SI	Consignación, copia del documento donde conste la operación que, por concepto de reintegros, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón la ejecución del contrato	Para este periodo no se evidencia soportes de ingresos por dichos conceptos.
13) Presentar la información contable al supervisor y llevar cuenta bancaria de ahorros exclusiva para el contrato y en el caso que aplique y sea notificado por el supervisor debe tener cuenta maestra para el manejo de los recursos destinados para el presente contrato de conformidad con lo establecido en la Resolución 1400 del 24 de febrero de 2020 modificada por las Resoluciones 8300 de 2021 y 3944 de 2022	SI	Evidencias: 1) Extractos de cuenta corriente del contrato 2) Certificación cuenta bancario destinada para uso exclusivo del contrato 3) Libro auxiliar de la cuenta de bancos 4) Conciliación bancaria	Certificado cuenta maestra.
OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)**	**Observaciones (iv)**
OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL			
1. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio: Relación de datos de puntos de entrega y de cambio de puntos cuando haya lugar. Al inicio del contrato y mensual	APLICA PARA EL MUNICIPIO DE GARZON, LA FUNDACION REALIZA EL ADECUADO ALMACENAMIENTO HACIENDO EL USO ADECUADO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POS ICBF PARA LA RESPECTIVA ENTREGA A LOS USAURIOS.

2. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato, y suministro de la alimentación a las niñas, niños y adolescentes beneficiarios para la Modalidad de atención, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso, se podrá donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF.	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio Mensual	INFORME MENSUAL DE BIENESTARINA
3. Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservación	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio Informe mensual de visitas de la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimento de Alto valor Nutricional Anexo No. 57. Instrumento de seguimiento al cumplimiento de condiciones para la recepción, almacenamiento y control de Alimentos de Alto Valor Nutricional en punto de entrega.	ACTA DE RECIBIDO DE LA BIENESTARINA
4. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
5. Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro	**SI**	Acta y/o planilla de entrega. Mensual	SE ADJUNTA PLANILLA DE ENTREGA DE LA BIENESTARINA
6. Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega.	**SI**	Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional	SE ADJUNTA EL DOCUMENTO DE CONTROL DE INVENTARIOS
7.Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN	**N/A**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
8.Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional.	**SI**	Comunicación de solicitud de asesoría y respuesta de la regional - mensual.	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
9. Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF.	**SI**	Actas o comunicaciones escritas sobre la gestión de la promoción del control social	ACTA DE PROMOCION PARA EL MANEJO ADECUADO Y BUEN USO DE LA BIENESTARINA
10. Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF.	**N/A**	Requerimientos realizados y respuesta por parte del contratista	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
11. Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional.	**N/A**	Relación de cantidades de alimentos y recibo de consignación	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
12. Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría.	**N/A**	Acta de visita	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
13. Al finalizar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.	**N/A**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 1			
Hora: 8:00 AM		**Fecha:** 06 de abril del año 2024	
Lugar:	Sede administrativa Neiva – Huila		
Dependencia que Convoca:	Fundación Social Yo Te Cuido		
Proceso:	Modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		
Objetivo:	Llevar a cabo jornada de inducción y capacitación al talento humano de la modalidad de acogimiento familia Hogar Sustituto de los municipios de Garzón Pitalito y La Plata.		

Agenda:

Se da inicio a la jornada de capacitación con un saludo por parte de la representante legal de la Fundación la ingeniera Yudi Pahola Aguirre Losada, quien agradece al equipo por la participación activa; de igual forma añade la importancia del compromiso para con la modalidad y la fundación lo anterior para garantizar la calidad del Servio y la atención a los niños, niñas y adolescentes y se explica la agenda de la jornada de inducción.

Seguidamente, se realiza la presentación del equipo administrativo de la fundación quien está integrado por Hernán David Bonilla Aguirre – Representante legal suplente de la fundación y encargado de liderar los procesos sociales, Andrey Guzmán, coordinador de proyectos sociales; Yudy Alejandra Barragán Cleves apoyo técnico y administrativo de la fundación.

Desarrollo:

Se da inicio a la jornada orientando al talento Humano frente a las propuestas de implementación y cualificación de vulneración y discapacidad aprobadas para la fundación social yo te cuido, se resalta que se cuenta con dos PIYC una para cada modalidad.

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN Y CUALIFICACIÓN (PIYC) – FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

a. PORTADA

Regional:	Huila	**Operador:**	Fundación Social Yo Te cuido
Modalidad o Servicio:	**Población:**	**Municipio:**	**Dirección Sede Administrativa – Sede Operativa:**
	• Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes en edades de cero (0) a (18) años con una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal) con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.		• **Sede Administrativa** Calle 21 # 7ª – 20 Avenida Tenerife - Neiva - Huila • **Sede operativas** 1 Carrera 6 No.1E-40 Barrio Santa Clara Garzon- Huila

Powered by CamScanner

Hogar Sustituto	• Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adaptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos. • Mayores de (18) años con discapacidad y/o una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal), que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y cuyo cuidado puede ser asumido por una madre o padre sustitutos. • Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años con discapacidad, hijos e hijas de adolescentes desvinculadas de grupos armados	**NEIVA**	* Calle 4 No 6-36 - La Plata - Huila. * Carrera 1c No.13-60 Barrio los Andes Pitalito - Huila

C. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION

NIVELES	CONTEXTUALIZACION	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	COMO LOGRARLO (estrategias, acciones o metodologías)
Micro sistema: Niño, niña o adolescente	Los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad Hogar Sustituto en el Departamento del Huila presentan diferentes necesidades, debido a la vulneración de sus derechos desde su familia biológica, quienes deberían ser los principales garantes de sus derechos fundamentales. Sin embargo, algunos suelen ser víctimas de maltrato infantil, abuso físico, psicológico, sexual, desnutrición, abandono, situación de calle y demás, generadoras de alteraciones de acuerdo con el curso de vida, en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, conlleva a que se vean afectadas las habilidades,	**Hito 1.**	
		Momento 1: Evaluación Integradora	
		Reconocer las dinámicas individuales del Niño, Niña o Adolescente; teniendo como punto de partida su historia de vida, habilidades, capacidades, riesgos y oportunidades; identificando grado de discapacidad a fin de implementar el proceso de atención.	Realizar entrevista semiestructurada al niño, niña o adolescente a fin de identificar riesgos, dificultades y habilidades, establecer la atención a seguir.
			Revisión documental a la información brindada por la autoridad administrativa competente.
			Realizar la evaluación integradora los niños, niñas o adolescente a fin de identificar sus afectaciones a nivel físico, emocional, familiar y social.
			Identificar las redes familiares y/o vinculares con que cuenta el niño, niñas y adolescente
			Implementación de actividades pedagógicas

Powered by CamScanner

Meso sistema: Familia	Desde la concepción social la familia es la base de la sociedad en la cual se aprenden principios, valores, vivencias y se educa al ser humano para que adquiere habilidades, destrezas y se forme para la vida, en ella se trasmiten saberes, conocimientos y se heredan patrones culturales que influyen en el comportamiento del ser humano, el cual puede ser moldeado y educado a través del tiempo. Está formado por las relaciones existentes entre los miembros del primer nivel (el microsistema), de tal modo que, por ejemplo, cómo se relacione la familia con los profesores o los padres con los amigos del niño, va a influir directamente sobre el niño, niña y adolescente. De ahí la importancia de los vínculos que los padres establezcamos con el resto de entornos. El Huila pasó de tener al 18,3% de su población en condición de vulnerabilidad	**HITO 1 - Prospectiva del caso**	
		Momento 1: Evaluación integradora	
		Identificar los factores de vulnerabilidad y generatividad de cada familia.	Establecer un plan de acción con cada una de las intervenciones de los profesionales, partiendo de las particularidades y características de las familias y como esta afecta de manera directa o indirecta al niño, niñas o adolescente.
			Brindar orientación frente a la activación de rutas, en caso de identificar la presencia de algún evento traumático en la familia.
		Momento 2: Diseño del plan de caso	
		Identificar las prácticas y dinámicas de las familias del Niño, Niña o Adolescente, para así reconocer las capacidades parentales y entornos protectores con que cuenta cada uno de sus integrantes.	Reconocer las capacidades parentales de las familias biológicas, familia extensa y redes vinculares; afín de generar compromisos para crear entornos protectores que permitan la garantía plena de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
		Hito 2 - Gestión de Caso	
		Momento 3: Implementación del plan de caso	
		Identificar si las familias superaron aquellas situaciones de riesgo y vulneración que desencadenaron el	Generar estrategias para el cambio de patrones culturales e imaginarios sociales que tienen los padres de familia frente a la educación de los niños.

Powered by CamScanner

Exo sistema: Sectores y servicios	Las familias de los beneficiarios de la Fundación, presentan competencias parentales limitadas que impiden garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos, confusión de roles, delegando a cuidadores alternativos la responsabilidad de crianza, hijos temerosos de expresar sus ideas por miedo o inseguridades, ausencia de pautas de crianza y de límites, falta de comunicación familiar, los padres y/o cuidadores involucran a las niñas, niños y adolescentes en los problemas del contexto familiar y esperan que tomen partido por ellos, mujeres cuidadoras con un arraigo cultural patriarcal que no les favorece ejercer su rol protector y tener una autonomía en la consecución de recursos para el sostenimiento	**HITO 1 - Prospectiva del caso** **Momento 1: Evaluación integradora**		
		Identificar el estado de los niños, niñas, adolescentes y niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD, frente a la vinculación al sistema educativo, Salud, Recreación, para quienes tengan estos derechos vulnerados se pueda generar estrategias de acceso y vinculación a las diversas atenciones.	Realizar la consulta en aplicativos como el SIMAT y FOSYGA a fin de identificar el estado actual niño, niña y adolescente frente a educación y salud.	
			Realizar articulación por medio de envió de oficios o reuniones de articulación con las instituciones del SNBF de manera conjunta entre el operador y la autoridad administrativa competente a fin de garantizar el acceso de los niños niñas y adolescentes a la garantía de sus derechos.	
		Identificar el estado actual del niño, niña o adolescente frente a su estado de salud. (Medicina general, medicina especializada y/o odontología); en caso de no contar con	Realizar revisión de la documentación del niño, niña y adolescente con Procesos Administrativos de Restablecimiento remitidos por las autoridades administrativas competentes a fin de identificar el proceso y su estado de salud.	

D. PROPUESTA DE CUALIFICACION

	Acciones	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	Frecuencia.	Responsable	Fuente de Verificación.
Cualificación del talento humano. • **Coordinador** • **Psicologo** • **Trabajador social** • **Nutricionista** • **Auxiliar administrativo** • **Gestor de caso** • **Profesional de área**	Realizar Capacitaciones al talento humano de la fundación social yo te cuido frente a: • **Lineamientos Técnicos, Manuales operativos y guías orientadoras, Minuta contractual** cas SIGE go Ético, pacto de ivencia y amiento Interno.	Personal operativo y administrativo con amplio conocimiento frente a los lineamientos y manuales operativos que orientan a la atención de la modalidad hogar sustituto. Del mismo modo, lograr contar con talento humano ampliamente capacitado frente a la atención de los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad hogar sustituto.	Al inicio de la prestación del servicio. Una vez se realicen ajustes a los documentos técnicos y cada vez que se requiera.	Coordinadores de la modalidad y profesional en salud ocupacional y gestor de caso	Mediante actas de socialización, Capacitación, encuentros, reuniones, y grupos de estudio y trabajo.
	Fortalecer al talento humano en conocimientos dirigidos al Buen Trato				
	Generar Programas de bienestar laboral e incentivos, para el personal con jornadas de integración y esparcimiento. con actividades grupales				

Powered by CamScanner

Frente a lo anterior, se explicó al equipo cada una de las estrategias propuestas dentro de los niveles de atención: microsistema, macrosistema y exosistema los cuales se deben desarrollar a fin de dar cumplimiento con el plan de caso y poder desarrollar y sugerir estrategias de acuerdo a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes siguiendo los lineamientos técnicos y manuales operativos sugeridos por el ICBF.

Seguidamente se orientó frente al MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.

A continuación, tomo la palabra la psicóloga Karol Hernández quien orienta al equipo frente al autocuidado se hicieron ejercicios grupales la dinámica piedra papel y tijera a través de esa actividad se recomienda realizar pausas activas y manejar el tiempo libre.



Powered by CamScanner

¿CÓMO EVITAR EL ESTRÉS?

SUELTA LO QUE NO CONTROLAS

ABRE TU PERSPECTIVA

ESTABLECE PRIORIDADES

ESCÚCHATE Y HAZ PAUSAS

Decisiones:

Dar cumplimiento a cada una de las actividades programadas y seguir las recomendaciones a fin de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la modalidad, así como garantizar que las atenciones se den de acuerdo a lo establecido en los lineamiento y manuales operativos establecidos por el ICBF.

Evidencias fotográficas:



Powered by CamScanner









Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Dar cumplimiento a las acciones, actividades y estrategias según lo establecido en la PIYC.	Equipo modalidad de acogimiento familiar Hogar sustituto Garzón, Pitalito y La Plata.	Durante la prestación del servicio.
Generar prácticas de autocuidado durante la prestación del servicio.	Equipo modalidad de acogimiento familiar Hogar sustituto Garzón, Pitalito y la Plata.	Durante la prestación del servicio.

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
María Alejandra Trujillo	Auxiliar administrativo	Fundación Social Yo Te Cuido	
Hamara Paez	Nutricionista	Fundación Social Yo Te Cuido	
Erica Alvarino Diaz	Trabajadora Social	Fundación Social Yo Te Cuido	
Paola Andrea Marín	Psicóloga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Jessica Lorena Garzón	Gestora de Caso	Fundación Social Yo Te Cuido	
Alexandra Diaz Sierra	Auxiliar Administrativa	Fundación Social Yo Te Cuido	
Laura Fernández Soto	Psicóloga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Kacteryne Ramis S.	Trabajadora Social	Fundación Social Yo Te Cuido	
Rocío Carolina Vargas	Psicóloga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Cindy Daniela	Auxiliar Administrativa	Fundación Social Yo Te Cuido	
Maribel Hernández	Auxiliar Administrativa	Fundación Social Yo Te Cuido	
Laura Daniela	Gestora de Caso	Fundación Social Yo Te Cuido	
Melissa Ruiz Castro	Trabajadora Social	Fundación Social Yo Te Cuido	
Ana María Lozano	Pedagoga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Diego Alejandro Losada	Fisioterapeuta	Fundación Social Yo Te Cuido	
Lina María Suarez	Gestora de Caso	Fundación Social Yo Te Cuido	
Fabian Andrés Lamilla	Coordinador Modalidad	Fundación Social Yo Te Cuido	
Yudy Alejandra Barragán	Coordinadora	Fundación Social Yo Te Cuido	
Yudi Pahola Aguirre L.	Representante Legal	Fundación Social Yo Te Cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	18 de abril 2024	2:00 pm	Virtual-Meet

Powered by CamScanner

	Listado de asistencia - fundacion social yo te cuido		Cod. SST-F-003 Fecha: 28-03-2023 Version: 001

Nombre de la actividad: _____
Fecha: _____
Direccion: _____

No.	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	FIRMA
1							
2	Mª Alejandra Trujillo	1013647402	Aux Adm.	Calle 7#5-58	Centro	3224114551	
3	Hancra Perez	63554777	Nutricionista	Cra 24 1-26	Ciudadela	3203411484	
4	[illegible]	[illegible]	T.S.	[illegible]	Santa Clara	3049[illegible]	
5	Paola Andrea [illegible]	26427[illegible]	Psicologa	Calle B[illegible]	[illegible]	3124564213	
6	JESSICA LORENA GARCIA	1077831881.	Gestor Cesso.	Call 6 1E 40	Santa Clara	3142455613	
7	Alexandra Diaz	1077[illegible]143	Auxiliar Juridica	Calle [illegible]	Villa L	3124998[illegible]	
8	Laura Fernandez Solo	1097877795	Psicologa	Cll 6 E 40	Santa Clara	3222386[illegible]	
9	Katherine Ramos S.	1077.421.524	T. social	Calle [illegible]	Simon Bolivar	3124[illegible]	
10	Paola Carolina Vargas	1083866.[illegible]	Psicologa	[illegible]	Las Anda	3[illegible]	
11	Cindy Daniela Ariz	1031401050	Psicologia	Calle 16 N°	La plata	3175733713	
12	Maritza Hernandez	36282669	Auxiliar	Calle 2E 2-90	Loma	3124401237	
13	Laura Daniela Acosta	1091422281	Gestora	Calle 11B [illegible]	La Plata	3152204[illegible]	
14	Melissa Ruiz Castro	1032501951	TS	Cll 4 #6-33	La Plata	3165320[illegible]	
15	Ana Maria Segura	1075288861	Pedagoga	Calle 9 #1240	Nuevo	3232798335	
16	Yoany Alejandra [illegible]	1075778547	Coordinador	Calle [illegible]	Centro	3115[illegible]	
17	Liana [illegible] Jaramillo	1083906191	Psicologa	Cra 10 #14	Divino niño	3105580[illegible]	
18	Yudi Paola Arzuza Galvis	36349141	RL	Calle 11 13-20	Centro	3201492107	
19	Fabian Andres Cumplido	1095270711	Coordinador	Calle 12 #814	Centro	3147346983	

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3	
Hora: 2:00 PM	**Fecha: 06-04-2024**
Lugar:	SEDE ADMINISTRATIVA NEIVA HUILA
Dependencia que Convoca:	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
Proceso:	SOCIALIZACION PACTO DE CONVIVENCIA – CODIGO ETICO – MANUAL INTERNO DE TRABAJO
Objetivo:	DAR A CONOCER AL TALENTO HUMANO EL PACTO DE CONVIVENCIA, CODIGO ETICO, MANUAL INTERNO DE TRABAJO, ESTIPULADO POR LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO PARA LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO.

Agenda:

- Saludo de bienvenida
- Presentación
- Desarrollo de Socialización Pacto de Convivencia, Código ético, manual interno de trabajo.
- Decisiones y compromisos

Desarrollo:

Durante la jornada del dia 01 de abril de 2024 en la jornada de 2:00 pm, con un afectuoso saludo de bienvenida, se agradece la participación a cada uno de los miembros del talento humano.

De acuerdo a nuestro cronograma de actividades dimos inicio con la presentación.

Por medio de un conversatorio se socializa y da a conocer el pacto de convivencia, código ético, manual interno de trabajo, donde se generan ambientes favorables que permiten la sana convivencia y el trato con respeto, tolerancia y en buen trabajo en equipo, de igual manera los compromisos de confidencialidad que se deben establecer en la modalidad.

PACTO DE CONVIVENCIA

El pacto de convivencia en un conjunto de principios y normas acordadas de manera conjunta, las cuales tienen como propósito generar bienestar y practicas positivas de convivencia en los beneficiarios de La Fundación Social yo te cuido. Además, busca fortalecer la comunicación y a cohesión social, asumiendo compromisos tanto individuales como colectivos basados en el respeto, la tolerancia, el reconocimiento del otro como persona y el fomento de prácticas incluyentes.

OBJETIVOS DEL PACTO DE CONVIVENCIA

- Generar ambientes favorables que permitan la sana convivencia y el trato con respeto y tolerancia de los usuarios.
- Potencializar habilidades sociales que permitan propiciar relaciones interpersonales basadas en el respeto y aceptación de las diferencias.
- Fomentar la responsabilidad ciudadana en los niños, niñas, adolescentes y familias.

Powered by CamScanner

DEBERES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES BENEFICIARIOS DE LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO.

DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES BENEFICIARIOS.

DEBERES DEL TALENTO HUMANO (COORDINADOR, AUXILIAR ADMINISTRATIVO, PSICOLOGO, TRABAJADOR SOCIAL, NUTRICIONISTA, PROFESIONAL DE AREA Y MADRES SUSTITUTAS).

DERECHOS DEL TALENTO HUMANO (COORDINADOR, AUXILIAR ADMINISTRATIVO, PSICOLOGO, TRABAJADOR SOCIAL, NUTRICIONISTA PROFESIONAL DE AREA Y MADRES SUSTITUTAS O).

ACCIONES DEL TALENTO HUMANO (COORDINADOR, AUXILIAR ADMINISTRATIVO, PSICOLOGO, TRABAJADOR SOCIAL, NUTRICIONISTA PROFESIONAL DE AREA Y MADRES SUSTITUTAS) QUE SE PUEDEN CONSIDERAR FALTAS GRAVES:

•Imponer sanciones o castigos que atenten contra la integridad física o mental y el desarrollo de la personalidad de las niñas, niños y adolescentes en situación de inobservancia, amenaza o vulneración de derechos.
•Discriminar por raza, sexo, género, religión, orientación sexual, discapacidad física, mental, o por cualquier otra condición.

De igual forma ante el incumplimiento del pacto de convivencia se ejecutan acciones pedagógicas tendientes a la resolución de conflictos con el fin de dinamizar los procesos institucionales con relación al tipo de falta cometida por el niño, niña o adolescente:

- **FALTAS TIPO 1:**

Corresponden a faltas leves como: el no acatar las instrucciones dadas por el formador, no mostrar disposición frente a las actividades del diario vivir, generar discusiones o situaciones de irrespeto a la sana convivencia siempre y cuando no terminen en agresiones físicas a sus pares y formadores.

ESTRATEGIAS PEDAGOGICAS:

- Se crearán espacios creativos para reflexionar sobre la conducta realizada por parte del niño, niña o adolescente para que a través del arte se pueda reflexionar sobre lo realizado.
- De acuerdo a lo no cumplido en el pacto de convivencia el niño, niña o adolescente realizara carteleras y exposición del tema a trabajar para sus demás compañeros.
- En caso de discusiones el formador deberá reunir a las partes involucradas en el conflicto y mediar de manera pedagógica para que éstas expongan sus puntos de vista y busquen la reparación de los daños causados, el restablecimiento de los derechos y la reconciliación dentro de un clima de relaciones constructivas en el establecimiento de acuerdos y reparación mutua.
- El consejo de convivencia deberá realizar reunión con el niño, niña o adolescente que incumplió el pacto de convivencia para generar qué estrategia pedagógica se implementara.

FALTAS TIPO 2:

Corresponde a la acumulación o reincidencia en más de dos faltas tipo 1 sin mostrar disposición al cambio o interés por las estrategias pedagógicas interpuestas, así como situaciones que afecten gravemente la integridad física y psicológica de sus pares o miembros del equipo interdisciplinario como: Agredir físicamente a un compañero, afectando su integridad, agredir física o verbalmente a un adulto, afectando su integridad, dañar con intención las instalaciones físicas, muebles, enseres y equipos, o evadirse de la Fundación.

ESTRATEGIAS PEDAGOGICAS:

Powered by CamScanner

- Dependiendo de cada caso el equipo psicosocial realizara intervención con el niño, niña o adolescente para conocer y trabajar lo que causo el incumplimiento al pacto.
- Fijar la forma de solución de manera imparcial, equitativa y justa, encaminada a buscar la reparación de los daños causados, el restablecimiento de los derechos y la reconciliación dentro de un clima de relaciones constructivas en el grupo involucrado. De esta actuación se dejará constancia escrita.
- Petición de excusas al (los) afectados por la falta y el establecimiento de un acta de compromiso, el profesional debe hacer seguimiento a los compromisos adquiridos.
- Como consecuencia de su falta el Niño, Niña y Adolescente no debe participar en actividades recreativas ni privilegios grupales.
- Ante la situación ya determinada se implementan ayudas pedagógicas las cuales son dirigidas por el equipo interdisciplinario y sugerido por los beneficiarios del programa.
- Se construyen subgrupos de niños, niñas y adolescentes de acuerdo al grado de compromiso con las conductas inadecuadas revisadas y analizadas previamente y se trabajan los aspectos particulares, desarrollándose talleres y actividades de formación para la promoción de comportamientos pro sociales.
- Se realizan compromisos para minimizar las conductas problemas e implementar otras estrategias de abordaje.
- El Niño, niña o adolescente que se evada de la Fundación, debe ser reportado y tratado conforme al protocolo establecido por el ICBF.
- Ante el grave incumplimiento al pacto de convivencia se informará a la autoridad administrativa de lo sucedido, adjuntando acta e informe de la situación para solicitar su posible egreso.

FALTAS TIPO 3

Corresponde a la reincidencia de las faltas de tipo 2, el incumplimiento de los compromisos establecidos, las mencionadas en este pacto, sin mostrar cambio ante los correctivos impuestos después de agotar el procedimiento de formación y estrategias de mejoramiento consagradas en este pacto y otras faltas que atenten gravemente contra su propia integridad o la de otras personas como: Consumir o portar alcohol y/o sustancias psicoactivas, hurtar, portar armas blancas o corto punzantes, agresiones físicas contra sus pares o miembros del equipo interdisciplinario, tener relaciones sexuales al interior del Hogar Sustituto, abusar sexualmente de un compañero/a .

ESTRATEGIAS PEDAGOGICAS

- Realizar llamado a la policía de infancia y adolescencia para brindar apoyo correspondiente con la revisión de posibles armas y drogas, así como la respectiva contención del adolescente.
- En caso de hurto Denunciar ante la autoridad competente como lo es la policía de infancia y adolescencia, defensoría o comisaria de familia.
- Ante el grave incumplimiento al pacto de convivencia se informará a la autoridad administrativa de lo sucedido, adjuntando acta e informe de la situación para activar ruta de atención si es el caso de abuso sexual o agresión física y solicitar su egreso.
- Dependiendo de cada caso el equipo psicosocial realizara intervención con el niño, niña o adolescente para conocer y trabajar lo que causo el incumplimiento al pacto.

CODIGO ETICO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

El presente código ético es de obligatorio conocimiento, implementación y cumplimiento; ante lo cual, será firmado por el talento humano de la fundación social yo te cuido (coordinador, auxiliar administrativo, Nutricionista, psicólogo, trabajador social, profesional de área, madres sustitutas y demás profesionales) responsables de la atención a los niños, niñas y adolescentes; en este sentido y según los establecido en el lineamiento técnico para la implementación del modelo de atención, dirigido a los niños, las niñas, y los adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos; se considera que las instituciones creadas con la misión de brindar cuidado y

Powered by CamScanner

protección a los niños, niñas y adolescentes asumen temporalmente la corresponsabilidad con el Estado, y otras instituciones, de ofrecer las mejores condiciones y garantías para propiciar el pleno desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes, como personas y ciudadanos. De tal manera, debe presentar como características fundamentales la pertinencia en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida, mediante el respeto por los derechos que otorga la condición humana. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2019).

MANUAL INTERNO DE TRABAJO

El presente código ético es de obligatorio conocimiento, implementación y cumplimiento; ante lo cual, será firmado por el talento humano de la fundación social yo te cuido (coordinador, auxiliar administrativo, Nutricionista, psicólogo, trabajador social, profesional de área, madres sustitutas y demás profesionales) responsables de la atención a los niños, niñas y adolescentes; en este sentido y según los establecido en el lineamiento técnico para la implementación del modelo de atención, dirigido a los niños, las niñas, y los adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos; se considera que las instituciones creadas con la misión de brindar cuidado y protección a los niños, niñas y adolescentes asumen temporalmente la corresponsabilidad con el Estado, y otras instituciones, de ofrecer las mejores condiciones y garantías para propiciar el pleno desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes, como personas y ciudadanos. De tal manera, debe presentar como características fundamentales la pertinencia en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida, mediante el respeto por los derechos que otorga la condición humana. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2019).

Decisiones:

Participar activamente de las actividades de los compromisos para generar ambientes agradables en el trabajo.

Dar cumplimiento con el pacto de convivencia.

Cumplir a cabalidad con el Código ético.

Compromisos:

Cumplir a cabalidad con el pacto de convivencia, código ético, manual operativo para fortalecer de manera conjunta los principios y las normas acordadas en el mismo.

Establecer entornos seguros.

Respetar el manual de trabajo, código ético, pacto de convivencia.

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
María Alejandra Trujillo	Auxiliar administrativo	Fundación Social Yo Te Cuido	
Hamara Paez	Nutricionista	Fundación Social Yo Te Cuido	
Erica Alvarino Diaz	Trabajadora Social	Fundación Social Yo Te Cuido	
Paola Andrea Marín	Psicóloga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Jessica Lorena Garzón	Gestora de Caso	Fundación Social Yo Te Cuido	
Alexandra Diaz Sierra	Auxiliar Administrativa	Fundación Social Yo Te Cuido	
Laura Fernández Soto	Psicóloga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Kacteryne Ramis S.	Trabajadora Social	Fundación Social Yo Te Cuido	
Rocio Carolina Vargas	Psicóloga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Cindy Daniela	Auxiliar Administrativa	Fundación Social Yo Te Cuido	
Maribel Hernández	Auxiliar Administrativa	Fundación Social Yo Te Cuido	
Laura Daniela	Gestora de Caso	Fundación Social Yo Te Cuido	
Melissa Ruiz Castro	Trabajadora Social	Fundación Social Yo Te Cuido	
Ana María Lozano	Pedagoga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Diego Alejandro Losada	Fisioterapeuta	Fundación Social Yo Te Cuido	
Lina María Suarez	Gestora de Caso	Fundación Social Yo Te Cuido	
Fabian Andrés Lamilla	Coordinador Modalidad	Fundación Social Yo Te Cuido	
Yudy Alejandra Barragán	Coordinadora	Fundación Social Yo Te Cuido	
Yudi Pahola Aguirre L.	Representante Legal	Fundación Social Yo Te Cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	18 de abril 2024	2:00 pm	Virtual-Meet

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 2		
Hora: 10:00 AM	**Fecha:** 06 de abril del año 2024	
Lugar:	Sede administrativa Neiva – Huila	
Dependencia que Convoca:	Fundación Social Yo Te Cuido	
Proceso:	Modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	
Objetivo:	Fomentar hábitos de vida saludables y fortalecer las relaciones interpersonales entre los colaboradores fomentando el trabajo en equipo y la colaboración al talento humano de la modalidad de acogimiento familia Hogar Sustituto de los municipios de Garzón Pitalito y La Plata.	

Agenda:

El coordinador de proyectos sociales de la fundación Andrey Guzmán quien dará una charla y una actividad sobre trabajo en equipo y auto control, sensibilizando a los profesionales sobre la importancia del buen trato hacia los niños, niñas y adolescentes.

La representante Legal Yudi Pahola Aguirre ofrecerá un almuerzo saludable y los trabajadores podrán disfrutar de la comida en un ambiente agradable y compartir con sus compañeros.

Desarrollo:

Se da inicio y se realiza una actividad yo hago un trato con el buen trato para atender nuestros niños niñas y adolescentes de los hogares sustitutos brindando herramientas para todos los profesionales puedan entender la importancia de. Brindar una buena atención y trato a estos niños

La mecánica utilizada fue entregar un pedazo de papel a cada uno de los profesionales y que realizar de manera creativa lo que quisieran realizar después de que cada uno realizó figuras de manera individual se les dijo que devolverían el papel tal cual como se les entregó.

Se realiza un ejercicio común que involucra la "actividad del palo y la bomba" se pasan por equipos representando por cada uno de los municipios Garzón, Pitalito y La Plata escogiendo a las personas para sostengan el palo que contenía unas bombas con agua para equilibrar esa balanza, al sostenerla les decía que la soltara y el palo se caía pero ninguno de los participantes lo realizó evidenciando que a pasar que realizaron cosas muy bonitas y creativas y se enfatizó que hay que equilibrar cargas para trabajar en equipo.

La actividad deja huellas, cicatrices o marca así para que en la vida de cada uno de nosotros y lo niños, recalcando la invitación a dejar más marcas positivas con nuestro actuar , nuestras palabras y nuestras acciones.

Powered by CamScanner

Luego se les oriento seguir al área del restaurante en donde se encuentran con mesas dispuestas estratégicamente para facilitar la interacción entre el Talento Humano y cada persona, con entusiasmo y agradecimiento ya que se convierte en un escenario donde se comparten historias, anécdotas y risas, creando un ambiente cálido y acogedor.

Decisiones:

Dar cumplimiento a todas las actividades programadas se reitera el compromiso de llevar a cabo cada una de las actividades programadas con total dedicación y atención al detalle de los niños, niñas y adolescentes.

Evidencias fotográficas:







Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Dar cumplimiento a las acciones, actividades y estrategias según lo establecido en la PIYC.	Equipo modalidad de acogimiento familiar Hogar sustituto Garzón, Pitalito y La Plata.	Durante la prestación del servicio.

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
María Alejandra Trujillo	Auxiliar administrativo	Fundación Social Yo Te Cuido	
Hamara Paez	Nutricionista	Fundación Social Yo Te Cuido	
Erica Alvarino Diaz	Trabajadora Social	Fundación Social Yo Te Cuido	
Paola Andrea Marín	Psicóloga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Jessica Lorena Garzón	Gestora de Caso	Fundación Social Yo Te Cuido	
Alexandra Diaz Sierra	Auxiliar Administrativa	Fundación Social Yo Te Cuido	
Laura Fernández Soto	Psicóloga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Kacteryne Ramis S.	Trabajadora Social	Fundación Social Yo Te Cuido	
Rocío Carolina Vargas	Psicóloga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Cindy Daniela	Auxiliar Administrativa	Fundación Social Yo Te Cuido	
Maribel Hernández	Auxiliar Administrativa	Fundación Social Yo Te Cuido	
Laura Daniela	Gestora de Caso	Fundación Social Yo Te Cuido	
Melissa Ruiz Castro	Trabajadora Social	Fundación Social Yo Te Cuido	
Ana María Lozano	Pedagoga	Fundación Social Yo Te Cuido	
Diego Alejandro Losada	Fisioterapeuta	Fundación Social Yo Te Cuido	
Lina María Suarez	Gestora de Caso	Fundación Social Yo Te Cuido	
Fabian Andrés Lamilla	Coordinador Modalidad	Fundación Social Yo Te Cuido	
Yudy Alejandra Barragán	Coordinadora	Fundación Social Yo Te Cuido	
Yudi Pahola Aguirre L.	Representante Legal	Fundación Social Yo Te Cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	18 de abril 2024	2:00 pm	Virtual-Meet

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA:

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, Para este periodo no se evidencia soportes por dichos conceptos según clausula tercera (3) del eje de Calidad "3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio."

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3123934188

REGISTRO FOTOGRAFICO:





PARTICIPATES:

NOMBRE	SELECCIONE		TELEFONO	FIRMA
	usuario	Funcionario		
JESSICA GARZÓN		X	3142415613	
Mª Alejandra Trujillo		X	3229111 4054	
ERICA DURANGO		X	3144947213	
Laura Fernández		X	3222386509	Laura Fernández
Edwiges Gonzalez		X	3132538961.	Edwiges G.
		X	3106881504	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3123934188

	FORMATO ACTA DE INSTALACIÓN DEL BUZÓN QUEJAS Y SUGERENCIAS

DEPENDENCIA:	**GARZON HUILA**		
ACTA No. 2	**DD**	**MM**	**AAAA**
	26	ABRIL	20214

OBJETIVO:	Revisar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) entregadas por las Madres Sustitutas y/o Talento Humano a través del buzón de sugerencias de la FUNDACION YO TE CUIDO, MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO SEDE GARZON de Información antes relacionada, para proceder con su trámite, dando una oportuna respuesta en los términos establecidos en la normatividad vigente.

INFORME:

Siendo las 3:00 PM horas del día 26 del mes de abril del año 2024, con la presencia de los profesionales: JESSICA LORENA GARZON, LAURA FERNANDEZ,MARIA ALEJANDRA TRUJILLO, representante de los beneficiarios y representante de las madres sustitutas se procedió a dar apertura al **"BUZON DE SUGERENCIAS"** de la Fundación Social Yo Te cuido, en presencia de los asistentes se ha verificado que no existe ninguna violación del candado y seguridad instalada en la cerradura del mismo, por lo anterior, se inicia al cumplimiento del siguiente orden del día:

1. Apertura del Buzón de Quejas, sugerencias o reclamos
2. Revisión de las Quejas, sugerencias o reclamos
3. Clasificación de las peticiones, quejas, sugerencias o reclamos.
4. Firma de constancia de los participantes

OBSERVACIONES:

La apertura de buzón se realiza satisfactoriamente, no se observan peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias hasta la fecha.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3123934188

REGISTRO FOTOGRAFICO:





PARTICIPATES:

NOMBRE	SELECCIONE		TELEFONO	FIRMA
	usuario	Funcionario		
JESSICA LORENA GARZON		X	3142415613	
MARIA ALEJANDRA TRUJILLO		X	3229114054	
LAURA FERNANDEZ		X	3222386509	
MARLENY FRAGUA		X	3118522212	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3123934188

	FORMATO ACTA DE INSTALACIÓN DEL BUZÓN QUEJAS Y SUGERENCIAS

DEPENDENCIA: Operador Modalidad Hogar Sustituto – Componente Psicosocial			
ACTA No. 001	**DD**	**MM**	**AAAA**
	12	ABRIL	2024

OBJETIVO:	Realizar apertura del buzón de sugerencias con el fin de dar cumplimiento a lo estimulado en el lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos amenazados y/o vulnerados

INFORME:

Siendo las 10:30am horas del día 12 del mes de abril del año 2024, con la presencia de los profesionales:

Paola Andrea Marín, Melissa Ruiz Castro, se hizo la apertura del buzón de sugerencias encontrado solo un formato de peticiones, el cual es interpuesto por la madre sustituta Disney García, quien indica que *"se requiere una reunión con todo el equipo psicosocial y jefe o coordinador del nuevo operador para la presentación con las madres sustitutas"*.

Una vez se hace apertura del buzón de sugerencias y para dar respuesta a la petición, se establece comunicación vía telefónica con la señora Disney y se le indica que la reunión está programada para el día **16/04/2024 a las 2:00 pm**



Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3123934188

Se procedió a dar apertura al "**BUZON DE SUGERENCIAS**" de la Fundación Social Yo Te cuido, en presencia de los asistentes se ha verificado que no existe ninguna violación del candado y seguridad instalada en la cerradura del mismo, por lo anterior, se inicia al cumplimiento del siguiente orden del día:

1. Apertura del Buzón de Quejas, sugerencias o reclamos
2. Revisión de las Quejas, sugerencias o reclamos
3. Clasificación de las peticiones, quejas, sugerencias o reclamos.
4. Firma de constancia de los participantes

OBSERVACIONES:

En el buzón de sugerencias solo se evidencia una petición a la cual se le da respuesta por vía telefónica.

Se debe seguir orientando a los usuarios en la participación del uso del buzón de sugerencias, que es una propuesta interesante y atemporal que invita a poder presentar sus propuestas, las recomendaciones, las ideas, las quejas concretas y las felicitaciones que consideren oportunas a través de este medio que es un símbolo de escucha activa.

PARTICIPATES:

NOMBRE	SELECCIONE		TELEFONO	FIRMA
	usuario	Funcionario		
Paola Andrea Ma.		Psicologa	3124804300	
Leidy C. Gomez		M. Sustituta	3138961614	Leidy Gomez
Melissa Ruiz Castro		T.S.	3165320877	Melissa Ruiz C.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3123934188

	FORMATO ACTA DE INSTALACIÓN DEL BUZÓN QUEJAS Y SUGERENCIAS		
DEPENDENCIA:	Operador Modalidad Hogar Sustituto- Componente Psicosocial		
ACTA No. 002	**DD**	**MM**	**AAAA**
	26	ABRIL	2024
OBJETIVO:	Realizar apertura del buzón de sugerencias con el fin de dar cumplimiento a lo estimulado en el lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos amenazados y/o vulnerados.		
INFORME:			

Se inicia a las 10:10 A.m contando con la participación de la Psicóloga Paola Andrea Marín y madre sustituta Olga Beatriz Solorzano.

Se realizo la Socialización del Objetivo, del proceso denominado apertura del buzón de sugerencias.

Se procedió a la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, una vez se realiza la apertura tanto física son encontrado varios formatos de peticiones, los cuales son interpuestos por el usuario Jhon Alexander Quilindo, Cristian Mauricio Vargas Ome y por la madre sustituta Disney García. y una felicitación interpuesta por el usuario *Farid Silva Barrero quien agradece por toda la labor de la madre sustituta Dayana Diaz y a todo el equipo de Yo te cuido.*

Finalmente se establece la próxima fecha para la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la Modalidad ,para la fecha (10-05-2024) de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Implementación del Modelo de Atención, dirigido a los niños, niñas y los adolescentes en las Modalidades de Restablecimiento de Derechos esta apertura se realizara una vez cada quince días de manera presencial en las Instalaciones del Operador; se procede al cierre del buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la modalidad de forma presencial .

Como compromisos se espera: Continuar en la promoción del mecanismo de participación denominado Buzón de sugerencias

Continuar informando a las madres sustitutas, niños, niñas , adolescentes , familia biológica o red extensa que la Fundación Social yo te cuido cuenta con un buzón en la sede.

continuar extendiendo la invitación a las madres sustitutas y a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad que hagan usos activamente de esta herramienta de participación indicada en el Manual Operativo Modalidad de Acogimiento Familiar y el Lineamiento del Modelo de Atención , el Equipo continuará invitando a las madres y Usuarios a través de las atenciones mensuales.

. Evidencia fotográfica

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3123934188



PARTICIPATES:

NOMBRE	SELECCIONE		TELEFONO	FIRMA
	usuario	Funcionario		
PAOLA ANDREA MARIN		X		
OLGA BEATRIZ SOLORZAN		X		

YO TE CUIDO

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: 3:00 PM	**Fecha: 12/04/2024**
Lugar:	**Carrera 1B # 13ª-16 B/ Los Andes Pitalito Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".**
Dependencia que Convoca:	**COORDINADOR -EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**
Proceso:	**MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Realizar primera apertura "BUZÓN DE SUGERENCIAS"**

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- 2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- 3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

Desarrollo:

Siendo las 3:00 pm en el municipio de Pitalito Huila especialmente en la sede administrativa de "LA FUNDCION SOCIAL YO TE CUIDO", se realizó un saludo y se dio apertura al buzo de sugerencias PQRSF el Coordinador Fabian Andrés Lamilla y el equipo interdisciplinario, la apertura representa una forma de evaluar el servicio que brinda la fundación. A través de este mecanismo, los usuarios podrán expresar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de manera libre y confidencial.

Siendo evaluado el servicio de esta manera de forma:

Se apertura del buzón y se evidenció que se presentó un escrito por parte de una usuaria de la modalidad dirigida a su madre sustituta se presta atención a los detalles y a las emociones expresadas por la usuaria.

La información recopilada a través del buzón PQRSF será analizada cuidadosamente por el equipo interdisciplinario para identificar áreas de mejora y tomar las medidas necesarias para implementarlas.

Finalmente se da por terminado el espacio de apertura.

Decisiones:

- Continuar realizando la acción como lo contempla el servicio

- Motivar a los usuarios y madres sustitutas a usar el servicio del buzón como forma de escucha y acompañamiento en la calidad del servicio.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Scanned with MOBILE SCANNER

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

Se dio las gracias por la participación al espacio de apertura de Buzón de sugerencias.

Registro Fotográfico:







Compromisos	Tareas Responsables		Fechas
Continuar reforzando estos espacios de servicio.	Gestora de caso y equipo interdisciplinario		Durante la ejecución del contrato
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
FABIAN ANDRES LAMILLA GALVES	COORDINADOR	YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por definir	----------	----------

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Scanned with MOBILE SCANNER

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: 5:00 PM	**Fecha: 30/04/2024**
Lugar:	**Carrera 1B # 13ª-16 B/ Los Andes Pitalito Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".**
Dependencia que Convoca:	**GESTOR DE CASO- EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**
Proceso:	**MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Realizar segunda apertura "BUZÓN DE SUGERENCIAS"**

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

Desarrollo: 1.

Siendo las 5:00 pm en el municipio de Pitalito Huila especialmente en la sede administrativa de "LA FUNDCION SOCIAL YO TE CUIDO", se realizó un saludo y se dio apertura al buzo de sugerencias PQRSF la Gestora de Caso Lina María Suarez llanos y el equipo interdisciplinario, siendo evaluado el servicio de esta manera de forma

3**. Apertura del buzón de sugerencias**

De esta manera se da apertura del buzón de sugerencias, peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones, donde se evidenció que no se presentó ningún escrito por las madres sustitutas y los usuarios de la modalidad.

Finalmente se da por terminado el espacio de apertura.

Decisiones:

- Continuar realizando la acción como lo contempla el servicio
- Motivar a los usuarios y madres sustitutas a usar el servicio del buzón como forma de escucha y acompañamiento en la calidad del servicio.

cierre

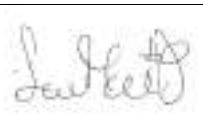
PÚBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Se dio las gracias por la participación al espacio de apertura de Buzón de sugerencias.

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Continuar reforzando estos espacios de servicio.	Gestora de caso y equipo interdisciplinario	Durante la ejecución del servicio

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
LINA MARIA SUAREZ LLANOS	PSICOLOGA.-GESTOR DE CASO	YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	10/05/2024	5:00 pm	Sede Yo te cuido Pitalito-Huila

REGISTRO FOTOGRAFICO



PÚBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Que el ICBF es un establecimiento público descentralizado del orden nacional con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrito al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social - Prosperidad Social, que tiene como fin esencial trabajar por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia.

Que el Artículo 33 de la Ley 1098 de 2006 recoge derechos sustanciales de la mayor relevancia para el asunto del presente compromiso así: *Artículo 33: Derecho a la intimidad. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la intimidad personal, mediante la protección contra toda injerencia arbitraria o ilegal en su vida privada, la de su familia, domicilio y correspondencia. Así mismo, serán protegidos contra toda conducta, acción o circunstancia que afecte su dignidad."*

De igual manera, el Artículo 3 de la Convención Internacional sobre los derechos del Niño – Ley 12 de 1991, señala lo siguiente: "*1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño"*.

Que la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de la República de Colombia establece las disposiciones generales para la protección de datos personales recolectados en bases de datos o archivos, señalando en su artículo 7° que los derechos de los niños, niñas y adolescentes para el tratamiento de datos "*asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública*".

Que el Decreto 1074 de 2015 de la República de Colombia en su capítulo 25 del título 2 del libro 2 de la parte 2 que reglamenta la Ley Estatutaria 1581 de 2012, dispone en su artículo 2.2.2.25.2.9 que la prohibición para el tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes se exceptúa cuando se trate de datos de naturaleza pública y cuando dicho tratamiento responda y respete el interés superior de los niños, niñas y adolescentes y asegure el respeto de sus derechos fundamentales.

Que el numeral 5 del artículo 2.2.2.25.1.3 del Decreto 1074 de 2015 define la transmisión como "*Tratamiento de datos personales que implica la comunicación de los mismos dentro o fuera del territorio de la República de Colombia cuando tenga por objeto la realización de un Tratamiento por el Encargado por cuenta del Responsable*".

De conformidad a Resolución Interna, el ICBF adoptó la política de seguridad y privacidad de la información, seguridad digital y continuidad de operación, además estableció las políticas generales de manejo y los lineamientos frente al uso y manejo de la información y dispuso que es deber de la entidad reducir el riego de robo, fraude, mal uso de las instalaciones y medios, asegurando las confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información.

Que dicha Resolución dispone la necesidad de suscribir el presente compromiso de confidencialidad y no divulgación, en lo que respecta al tratamiento de la información de la entidad y la autorización de tratamiento de datos personales. Que se considera información confidencial: a) Aquella que, como conjunto, por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida. b) La que esté protegida de acuerdo con su clasificación. c)

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

Aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial, y d) Información que de acuerdo con la naturaleza del Instituto se debe mantener en absoluta reserva y aquella que la normativa colombiana catalogue como información reservada y/o confidencial o que no sea considerada información pública del Estado.

Que dado el acuerdo de voluntades que suscribirá el ICBF para el desarrollo de los obligaciones o compromisos, es necesario suministrar información que se encuentra protegida por las normas de protección de datos personales, incluyendo información de niños, niñas y adolescentes para su atención y focalización, así como este levantará información relacionada que permita al ICBF tener un control y hacer seguimiento de estos procesos, por lo que se evidencia la necesidad de suscribir el presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de datos con el fin de garantizar la confidencialidad de la información que el ICBF suministre dentro del marco del acuerdo de voluntades, definiendo las actividades que el encargado realizará por cuenta del responsable para el tratamiento de los datos personales y las obligaciones del Encargado para con el titular y el Responsable.

Que debido a la naturaleza de las actividades que desarrollará la parte receptora con respecto a la parte reveladora que es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, se hace necesario que se administre, proteja y preserve la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información antes, durante y en la etapa posterior a la ejecución del acuerdo de voluntades a suscribir:

EN CONSECUENCIA:

Yo, ___YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA___ identificado(a) con cédula de ciudadanía No._36.347.141__ expedida en __CAMPOALEGRE__, representante legal de **LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO con** NIT 901.496.702-9, en adelante denominada **PARTE RECEPTORA**, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a su disposición por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**, quien será en adelante denominada la **PARTE REVELADORA**, para el desarrollo y ejecución del acuerdo de voluntades que se celebrará entre las partes, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con:

PRIMERO. PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL Y CONFIDENCIAL: La parte receptora como encargada del tratamiento de la información dará aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad de la Información del ICBF, las cuales se encuentran publicadas en la página web.

SEGUNDO. PROTECCION DE DATOS PERSONALES: EL ENCARGADO dará aplicación a la Política de Tratamiento de Datos Personales del **ICBF**, la cual se encuentra publicada en la página web.

PUBLICA

TERCERO. OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir **LA PARTE RECEPTORA**, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra **LA PARTE REVELADORA.**

Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF**.

CUARTO. DESTINACIÓN: La información que se obtenga de **LA PARTE REVELADORA** sólo podrá ser utilizada por la **PARTE RECEPTORA** para el desarrollo y ejecución del objeto del contrato a celebrarse entre el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF** y la persona natural o jurídica que suscribe el presente documento

QUINTO. EXCEPCIONES: Se exceptúan de lo anterior los siguientes eventos:

(i) Que haya sido de dominio público, o que sea publicada sin que medie ninguna acción y/o intervención de la **PARTE RECEPTORA**.
(ii) Que antes de revelarla estuvieran en posesión legitima de la **PARTE RECEPTORA**.
(iii) Que posteriormente a la revelación de ésta, sea legalmente recibida de un tercero que tenga derechos para distribuir la información sin notificación de ninguna restricción de su derecho a revelarla posteriormente.
(iv) Que se revele con la aprobación previa y escrita de la **PARTE RECEPTORA.**
(v) Que la revelación y/o divulgación de la información se realice en desarrollo o por mandato de una ley, decreto o sentencia u orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones legales. En este caso, la parte obligada a divulgar la información confidencial se obliga a avisar inmediatamente haya tenido conocimiento de esta obligación a la otra parte de este convenio, para que pueda tomar las medidas necesarias para proteger su información confidencial, y de igual manera se compromete a tomar las medidas necesarias para atenuar los efectos de tal divulgación.

SEXTO. OBLIGACIONES: 1.) La Información Confidencial no puede ser utilizada por la parte receptora para fines diferentes al cumplimiento del objeto del acuerdo de voluntades a suscribirse. **2.) LA PARTE RECEPTORA** se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por **LA PARTE REVELADORA. 3.)** Hacer cumplir en nombre propio sobre sus trabajadores, contratistas, subcontratistas y demás colaboradores, la obligación de no almacenar, guardar, intercambiar, divulgar o copiar información a la que hayan accedido de **LA PARTE REVELADORA** en ejecución del acuerdo de voluntades a celebrarse **4.)** Instruir al personal que estará encargado de recibir la información confidencial, debiendo suscribir el correspondiente compromiso de confidencialidad si fuere necesario, de su obligación de recibir, tratar y usar la información confidencial destinada únicamente al cumplimiento de sus funciones, bajo los mismos términos establecidos en el presente compromiso. **5.)** Igualmente, **LA PARTE RECEPTORA** como las personas a su cargo**,** se comprometen a no utilizar de ninguna forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de **LA INFORMACIÓN** suministrada por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** conforme a las disposiciones de Protección de Datos Personales establecidas en la ley**.**

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PARÁGRAFO PRIMERO: LA PARTE RECEPTORA designará por escrito, los empleados y/o contratistas autorizados para el tratamiento de la información confidencial. La actualización de los usuarios será responsabilidad exclusiva de **LA PARTE RECEPTORA,** quien establecerá los protocolos de seguridad que se consideren necesarios para garantizar la confidencialidad de la información. La actualización o desvinculación de usuarios deberá comunicarla al **ICBF** cuantas veces corresponda.

PARÁGRAFO SEGUNDO: LA PARTE RECEPTORA responderá por todos los daños o perjuicios morales o económicos que llegue a causar a **LA PARTE REVELADORA** por la indebida utilización de la **INFORMACIÓN** recibida, o por el incumplimiento parcial o total de las obligaciones enlistadas con antelación

SEPTIMO. SEGURIDAD DE LA INFORMACION: La información suministrada por la **PARTE REVELADORA** y en general cualquier tipo de información clasificada o reservada conocida en desarrollo del objeto del contrato acuerdo de voluntades, deberá ser mantenidas de manera confidencial y privada, protegiendo dicha información para evitar su divulgación y/o circulación no autorizada, ejerciendo sobre ésta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información de este tipo que tenga bajo su custodia, tomando para ello todas las medidas técnicas y de cuidado.

OCTAVO. DURACIÓN. LA PARTE RECEPTORA acepta que la confidencialidad de cualquier información de carácter personal y confidencial, será continua y no vencerá, especialmente los datos sensibles que trata la Ley 1581 de 2012 y su reglamentación contenida en el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, garantizando que en el caso de información de niños, niñas o adolescentes, su tratamiento responderá a su interés superior y se asegurará sin excepción alguna el respeto de sus derechos prevalentes, de conformidad con la jurisprudencia de la honorable Corte Constitucional.

NOVENO - PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN: La información suministrada pertenece al **ICBF** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las funciones legales.

DECIMO- VERIFICACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN: LA PARTE REVELADORA se reserva el derecho de verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del presente compromiso, con respecto al tratamiento de la información que se encuentra en las bases de datos que produce y administra el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.**

DECIMO PRIMERO – SANCIONES: La violación o inobservancia a cualquiera de las cláusulas de confidencialidad de este compromiso, o el uso indebido de la información, dará lugar al inicio de las acciones disciplinarias, administrativas, civiles y penales según corresponda que pueda iniciar el **ICBF** o terceros afectados por esta situación.

DECIMO SEGUNDO – CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA: A. En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones de **LA PARTE RECEPTORA, LA PARTE REVELADORA** podrá hacer efectiva la presente cláusula penal pecuniaria, en un monto equivalente al diez por ciento (10 %) del valor del acuerdo de voluntades, a título de pena, la cual se tendrá como estimación y pago anticipado y parcial de los perjuicios causados a la **PARTE REVELADORA** sin perjuicio de las acciones legales a las que haya lugar en caso que dicho monto no sea suficiente para resarcir el daño.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

DÉCIMO TERCERO – SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. Las partes en aras de solucionar en forma ágil, rápida y directa las diferencias y discrepancias que puedan surgir del presente compromiso de confidencialidad, acudirán en principio al mutuo acuerdo y en caso de no llegarse a un acuerdo, acudirán a las instancias y procedimientos contemplados en los artículos 68 y siguientes de la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.

.

En consecuencia de lo anterior el presente compromiso se firma a los veintiún (21) días del mes de marzo del 2024 .

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
REPRESENTANTE LEGAL FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

PÚBLICA

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, no se presentó ningún incidente de seguridad que pudiera afectar la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Para este periodo no se evidencia soportes de ingresos por dichos conceptos.

Numero de contrato	41002102024	**Nombre Contratista**	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	**Objeto del contrato**	ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIÓN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.
Fecha de contrato	27/03/2024	**Representante legal**	YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA		
Plan de Recuperación y Contingencia					
Definición	Son todas aquellas actividades o conjunto de actividades encaminadas a propender por la prestación del servicio contratado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en caso de que se presente una fuente de amenaza que afecte la prestación del mismo.				

Fuentes de amenaza									
Secuestro	Terremoto	Avalanchas	Inundación	Tsunami	Tormenta eléctrica	Incendio Forestal	Incendio	Contaminación química	Colisión vehicular
Contaminación ambiental	Falla de suministro de energía	Falla de suministro de agua	Falla / degradación equipo informático	código malicioso(Malware)	Robo de equipos	Vandalismo	Terrorismo	Muerte de personal	Indisponibilidad del personal
Falla de suministro de gas	daño infraestructura física	Falla en infraestructura fisca	Déficit de personal	Daño de equipo	Daño y/o Perdida de información	Protestas	Huelgas	Ciber terrorismo	Indisponibilidad de producto
Daño en infraestructura fisca	Indisponibilidad de suministros	Sequias	Deslizamientos	Actividad Volcánica	Brotes de Enfermedades Epidémicas	Enfermedades contagiosas de origen animal o vegetal	Pérdida de contención de materiales peligrosos y/o derrames	Falla de Sistema de recolección de residuos sólidos	Daños de partes de algún equipo de la Infraestructura Tecnológica

Escenarios de Recuperación y Contingencia									
Falta de almacenamiento alterno	centro de fabricación alterno	centro de distribución alterno	centro de operación alterno	equipo de respaldo	entrenamiento cruzado	personal de respaldo	sesión de contrato	subcontratación	equipo de negociación
Material de respaldo	Respaldo digital de información	Planta eléctrica	traslado de personal	Convenios	Presupuesto para contingencia				

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	Fuente	Escenario	Descripción de plan de continuidad operativo
Plan de Recuperación y Contingencia	Avalanchas	equipo de respaldo	En caso de que se llegue a presentar un suceso a causa de la naturaleza en alguna de las sedes la fundación ha dispuesto un dispositivo para que se realice de manera mensual la copia de información generada durante la prestación del servicio.
	Contaminación ambiental	equipo de respaldo	En caso de que se llegue a presentar un suceso a causa de la naturaleza en alguna de las sedes la fundación ha dispuesto un dispositivo para que se realice de manera mensual la copia de información generada durante la prestación del servicio.
	Daño en infraestruictura fisca	centro de operación alterno	En caso de que alguna de las sedes presenten algun daño en su infrasestructira fisica contamos con una sede alterna en la cuidad de Neiva, la cual cuenta con los espacios para acoger al equipo de talento humano y salvaguardar la informacion generada durante la prestacion del serviucio.
	Daño de equipo	equipo de respaldo	Se contara con copia de seguridad, adicionalmente la fundación cuenta con un profesional de sistema que será el encargado de realizar cualquier ajuste frente al daño de algún equipo de computo



Firma representante legal

Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA

Lugar y Fecha NEIVA, 27 de Marzo de 2024

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA:

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, Para este periodo no se evidencia soportes por dichos conceptos según clausula Cuarta (04) del Eje de Seguridad de la Información "4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato."

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACION SOCAL YO TE CUIDO

CERTIFICA

Que el colaborador DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE identificado con cedula de ciudadanía N° 1013636502 DE BOGOTA, fue designado como representante de Seguridad y Salud en el Trabajo, cumpliendo con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019 del Ministerio de Trabajo, así mismo es quien garantizara el cumplimiento de la normatividad vigente y obligaciones contractuales establecidas en el contrato 41002102024 Celebrado a los 01 días del mes de ABRIL del año 2024.

La presente se expide en NEIVA a los 01 días del mes de ABRIL del año 2024.



YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal

PÚBLICA

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

	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DISTERMINACIÓN DE CONTROLES	F2.G3.M1	3/04/2020
		Versión: 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

GEDE	Regional
REGIONAL	Huila
CENTRO ZONAL	La plata
FECHA DE VALORACIÓN	15/04/2024

APROBÓ	
REVISÓ	
ELABORÓ	DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE

PELIGRO		PROCESO	DESCRIP ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	EFECTOS POSIBLES	DESCRIPCIÓN DE CONTROLES EXISTENTES			EVALUACIÓN DEL RIESGO							VALORACIÓN	CRITERIOS PARA CALIFICACIÓN CONTROLES						MEDIDAS DE INTERVENCIÓN				
CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN			ACTIVIDAD RUTINARIA NO RUTINARIA		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	VALOR ND (Valor Nivel deficiencia)	VALOR NE (Valor Nivel exposición)	NP (ND X NE) (Nivel deficiencia X Nivel Exposición)	Interpretación NP (Nivel Probabilidad)	NC (Nivel Consecuencia)	NR (Nivel Riesgo) NP X NC	Interpretación NR	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	NUMERO DE EXPUESTOS				CONSECUENCIA	EXISTENCIA DE REQUISITO LEGAL ESPECIFICO O ASOCIADO (SI/NO)	ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS / ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL Y COLECTIVO
																	PLANTA	CONTRATISTAS	PASANTES	VISITANTES							
Biológico	* Exposición directa a colaboradores y/o usuarios portadores de enfermedades bacterianas o virales	* Relación con el Ciudadano	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Contagio y propagación de virus (gripa, fiebre amarilla, hepatitis,dengue, entre otras)	* NINGUNO	* NINGUNO	* Uso de Elementos de Protección Personal-EPP * Socialización de la Guia de control operacional peligros significativos de seguridad y salud en el trabajo * Campañas de promoción y prevención P y P	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	MALE CON CONTROL ESPECIFICO		4		0	* ENFERMEDAD COMUN	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Divulgación de la Guia de Control Operacional Peligros Significativos de Seguridad y Salud en el Trabajo * Divulgación de manuales de buenas practicas * Limpieza y desinfección diaria en el lavado de baños y superficies * Jornada de promoción y prevención * Capacitaciones y/o Sensibilizaciones y/o Socializaciones	* Elementos de Protección Personal-EPP * Sensibilización en el uso adecuado de Elementos de Protección Personal-EPP * Seguimiento a entrega y reposición de Elementos de Protección Personal-EPP
Natural	* Ocurrencia actividad sísmica de acuerdo con la ubicación geográfica	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lesiones * Golpes * Muerte * Pollsumatismos	* NINGUNO	* Socialización rutas de evacuación, sistema de alarmas, señales y puntos de encuentro * Mantenimiento preventivo de infraestructura * Mantenimiento correctivo de infraestructura	* Capacitación prevención, preparación y respuesta ante emergencias * Botiquines cargado para brigadistas * Capacitación, sensibilización prevención, preparación y respuesta ante emergencias sismicas * Realizar planes activos de acuerdo con la cartilla publicada	2	1	2	Bajo (B)	25	50	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE * SUICIDIO	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar plan de aguda rutas * Articulo 24 entidades Gestión del Riesgo de Desastres * Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacros de emergencias * Dotación elementos para la atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Activación plan de contingencia	* Entrega de Elementos de Protección Personal-EPP y brigadistas
Biomecánico	* Movimientos repetitivos por ocasión de la labor * Posturas prolongadas y/o mantenidas	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Almacenamiento * Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lumbalgia ocupacional	* NINGUNO	* Inspección puesto de trabajo	* Realizar pausas activas de acuerdo con la cartilla publicada * Ejecución del Programa de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención de Desordenes Musculoesqueléticos-DME * Capacitación de riesgo ergonomia de acuerdo a matriz de identificación epidemiologia ocupacional peligro psicosocial	2	1	2	Bajo (B)	10	20	IV	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar jornadas de pausas activas * NINGUNO	* Sensibilización en el uso adecuado de elementos de confort * Seguimiento a entrega y reposición de elementos de confort
Psicosocial	* Exposición demanda de carga mental por agremio de tiempo o el contenido mismo de la tarea (información confidencial, funciones de alta responsabilidad, tareas monotonas y minuciosas)	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Enfermedades mentales o del comportamiento	* NINGUNO	* NINGUNO	* Capacitación epidemiología ocupacional peligro psicosocial * Participación en talleres de riesgo psicosocial * Participación actividades del plan de bienestar * Pausas activas cognitivas	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Actividades programa de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas * Actividades programa de vigilancia epidemiológica ocupacional peligro psicosocial * Divulgación estrategias de sensibilización (cortes viajes pausas informativas carreteras y otros)	* NINGUNO
Orden Público	* Agresión física contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Agresión verbal contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Amenazas * Hurtos al colaborador en áreas cercanas a las instalaciones donde opera el ICBF * Hurtos al colaborador dentro de las instalaciones de la operación del ICBF	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Lesiones * Golpes * Heridas * Afectación de la salud mental o del comportamiento * Pérdidas económicas (accidentes de trabajo, daños a la infraestructura, multas, sanciones)		* Sistemas de vigilancia (cámaras, botones de pánico) * Plan de emergencias * Activación de entidades externas (policía, fiscalía, ejercito entre otras)	* Inducción y reinducción * Sensibilización medidas de seguridad * Taller psicosocial de prevención de amenazas	2	2	4	Bajo (B)	25	100	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacro emergencias y contingencias * Elementos atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Lineas de emergencias * Activación entidades externas (policía, fiscalía, ejercito, etc.) * Mantenimiento sistemas de	* NINGUNO
Peligros											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														

	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DISTERMINACIÓN DE CONTROLES	F2.G3.M1	3/04/2020
		Versión: 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

GEDE	Regional
REGIONAL	Huila
CENTRO ZONAL	La plata
FECHA DE VALORACIÓN	15/04/2024

APROBÓ	
REVISÓ	
ELABORÓ	DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE

PELIGRO		PROCESO	DESCRIP ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	EFECTOS POSIBLES	DESCRIPCIÓN DE CONTROLES EXISTENTES			EVALUACIÓN DEL RIESGO							VALORACIÓN	CRITERIOS PARA CALIFICACIÓN CONTROLES						MEDIDAS DE INTERVENCIÓN				
CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN			ACTIVIDAD RUTINARIA NO RUTINARIA		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	VALOR ND (Valor Nivel deficiencia)	VALOR NE (Valor Nivel exposición)	NP (ND X NE) (Nivel deficiencia X Nivel Exposición)	Interpretación NP (Nivel Probabilidad)	NC (Nivel Consecuencia)	NR (Nivel Riesgo) NP X NC	Interpretación NR	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	NUMERO DE EXPUESTOS				CONSECUENCIA	EXISTENCIA DE REQUISITO LEGAL ESPECIFICO O ASOCIADO (SI/NO)	ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS / ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL Y COLECTIVO
																	PLANTA	CONTRATISTAS	PASANTES	VISITANTES							
Biológico	* Exposición directa a colaboradores y/o usuarios portadores de enfermedades bacterianas o virales	* Relación con el Ciudadano	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Contagio y propagación de virus (gripa, fiebre amarilla, hepatitis,dengue, entre otras)	* NINGUNO	* NINGUNO	* Uso de Elementos de Protección Personal-EPP * Socialización de la Guia de control operacional peligros significativos de seguridad y salud en el trabajo * Campañas de promoción y prevención P y P	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	MALE CON CONTROL ESPECIFICO		4		0	* ENFERMEDAD COMUN	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Divulgación de la Guia de Control Operacional Peligros Significativos de Seguridad y Salud en el Trabajo * Divulgación de manuales de buenas practicas * Limpieza y desinfección diaria en el lavado de baños y superficies * Jornada de promoción y prevención * Capacitaciones y/o Sensibilizaciones y/o Socializaciones	* Elementos de Protección Personal-EPP * Sensibilización en el uso adecuado de Elementos de Protección Personal-EPP * Seguimiento a entrega y reposición de Elementos de Protección Personal-EPP
Natural	* Ocurrencia actividad sísmica de acuerdo con la ubicación geográfica	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lesiones * Golpes * Muerte * Pollsumatismos	* NINGUNO	* Socialización rutas de evacuación, sistema de alarmas, señales y puntos de encuentro * Mantenimiento preventivo de infraestructura * Mantenimiento correctivo de infraestructura	* Capacitación prevención, preparación y respuesta ante emergencias * Botiquines cargado para brigadistas * Capacitación, sensibilización prevención, preparación y respuesta ante emergencias sismicas * Realizar planes activos de acuerdo con la cartilla publicada	2	1	2	Bajo (B)	25	50	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE * SUICIDIO	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar plan de aguda rutas * Articulo 24 entidades Gestión del Riesgo de Desastres * Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacros de emergencias * Dotación elementos para la atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Activación plan de contingencia	* Entrega de Elementos de Protección Personal-EPP y brigadistas
Biomecánico	* Movimientos repetitivos por ocasión de la labor * Posturas prolongadas y/o mantenidas	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Almacenamiento * Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lumbalgia ocupacional	* NINGUNO	* Inspección puesto de trabajo	* Realizar pausas activas de acuerdo con la cartilla publicada * Ejecución del Programa de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención de Desordenes Musculoesqueléticos-DME * Capacitación de riesgo ergonomia de acuerdo a matriz de identificación epidemiologia ocupacional peligro psicosocial	2	1	2	Bajo (B)	10	20	IV	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar jornadas de pausas activas * NINGUNO	* Sensibilización en el uso adecuado de elementos de confort * Seguimiento a entrega y reposición de elementos de confort
Psicosocial	* Exposición demanda de carga mental por agremio de tiempo o el contenido mismo de la tarea (información confidencial, funciones de alta responsabilidad, tareas monotonas y minuciosas)	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Enfermedades mentales o del comportamiento	* NINGUNO	* NINGUNO	* Capacitación epidemiología ocupacional peligro psicosocial * Participación en talleres de riesgo psicosocial * Participación actividades del plan de bienestar * Pausas activas cognitivas	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Actividades programa de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas * Actividades programa de vigilancia epidemiológica ocupacional peligro psicosocial * Divulgación estrategias de sensibilización (cortes viajes pausas informativas carreteras y otros)	* NINGUNO
Orden Público	* Agresión física contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Agresión verbal contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Amenazas * Hurtos al colaborador en áreas cercanas a las instalaciones donde opera el ICBF * Hurtos al colaborador dentro de las instalaciones de la operación del ICBF	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Lesiones * Golpes * Heridas * Afectación de la salud mental o del comportamiento * Pérdidas económicas (accidentes de trabajo, daños a la infraestructura, multas, sanciones)		* Sistemas de vigilancia (cámaras, botones de pánico) * Plan de emergencias * Activación de entidades externas (policía, fiscalía, ejercito entre otras)	* Inducción y reinducción * Sensibilización medidas de seguridad * Taller psicosocial de prevención de amenazas	2	2	4	Bajo (B)	25	100	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacro emergencias y contingencias * Elementos atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Lineas de emergencias * Activación entidades externas (policía, fiscalía, ejercito, etc.) * Mantenimiento sistemas de	* NINGUNO
Peligros											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														

	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DISTERMINACIÓN DE CONTROLES	F2.G3.M1	3/04/2020
		Versión: 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

GEDE	Regional
REGIONAL	Huila
CENTRO ZONAL	La plata
FECHA DE VALORACIÓN	15/04/2024

APROBÓ	
REVISÓ	
ELABORÓ	DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE

PELIGRO		PROCESO	DESCRIP ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	EFECTOS POSIBLES	DESCRIPCIÓN DE CONTROLES EXISTENTES			EVALUACIÓN DEL RIESGO							VALORACIÓN	CRITERIOS PARA CALIFICACIÓN CONTROLES						MEDIDAS DE INTERVENCIÓN				
CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN			ACTIVIDAD RUTINARIA NO RUTINARIA		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	VALOR ND (Valor Nivel deficiencia)	VALOR NE (Valor Nivel exposición)	NP (ND X NE) (Nivel deficiencia X Nivel Exposición)	Interpretación NP (Nivel Probabilidad)	NC (Nivel Consecuencia)	NR (Nivel Riesgo) NP X NC	Interpretación NR	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	NUMERO DE EXPUESTOS				CONSECUENCIA	EXISTENCIA DE REQUISITO LEGAL ESPECIFICO O ASOCIADO (SI/NO)	ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS / ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL Y COLECTIVO
																	PLANTA	CONTRATISTAS	PASANTES	VISITANTES							
Biológico	* Exposición directa a colaboradores y/o usuarios portadores de enfermedades bacterianas o virales	* Relación con el Ciudadano	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Contagio y propagación de virus (gripa, fiebre amarilla, hepatitis,dengue, entre otras)	* NINGUNO	* NINGUNO	* Uso de Elementos de Protección Personal-EPP * Socialización de la Guia de control operacional peligros significativos de seguridad y salud en el trabajo * Campañas de promoción y prevención P y P	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	MALE CON CONTROL ESPECIFICO		4		0	* ENFERMEDAD COMUN	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Divulgación de la Guia de Control Operacional Peligros Significativos de Seguridad y Salud en el Trabajo * Divulgación de manuales de buenas practicas * Limpieza y desinfección diaria en el lavado de baños y superficies * Jornada de promoción y prevención * Capacitaciones y/o Sensibilizaciones y/o Socializaciones	* Elementos de Protección Personal-EPP * Sensibilización en el uso adecuado de Elementos de Protección Personal-EPP * Seguimiento a entrega y reposición de Elementos de Protección Personal-EPP
Natural	* Ocurrencia actividad sísmica de acuerdo con la ubicación geográfica	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lesiones * Golpes * Muerte * Pollsumatismos	* NINGUNO	* Socialización rutas de evacuación, sistema de alarmas, señales y puntos de encuentro * Mantenimiento preventivo de infraestructura * Mantenimiento correctivo de infraestructura	* Capacitación prevención, preparación y respuesta ante emergencias * Botiquines cargado para brigadistas * Capacitación, sensibilización prevención, preparación y respuesta ante emergencias sismicas * Realizar planes activos de acuerdo con la cartilla publicada	2	1	2	Bajo (B)	25	50	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE * SUICIDIO	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar plan de aguda rutas * Articulo 24 entidades Gestión del Riesgo de Desastres * Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacros de emergencias * Dotación elementos para la atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Activación plan de contingencia	* Entrega de Elementos de Protección Personal-EPP y brigadistas
Biomecánico	* Movimientos repetitivos por ocasión de la labor * Posturas prolongadas y/o mantenidas	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Almacenamiento * Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lumbalgia ocupacional	* NINGUNO	* Inspección puesto de trabajo	* Realizar pausas activas de acuerdo con la cartilla publicada * Ejecución del Programa de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención de Desordenes Musculoesqueléticos-DME * Capacitación de riesgo ergonomia de acuerdo a matriz de identificación epidemiologia ocupacional peligro psicosocial	2	1	2	Bajo (B)	10	20	IV	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar jornadas de pausas activas * NINGUNO	* Sensibilización en el uso adecuado de elementos de confort * Seguimiento a entrega y reposición de elementos de confort
Psicosocial	* Exposición demanda de carga mental por agremio de tiempo o el contenido mismo de la tarea (información confidencial, funciones de alta responsabilidad, tareas monotonas y minuciosas)	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Enfermedades mentales o del comportamiento	* NINGUNO	* NINGUNO	* Capacitación epidemiología ocupacional peligro psicosocial * Participación en talleres de riesgo psicosocial * Participación actividades del plan de bienestar * Pausas activas cognitivas	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Actividades programa de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas * Actividades programa de vigilancia epidemiológica ocupacional peligro psicosocial * Divulgación estrategias de sensibilización (cortes viajes pausas informativas carreteras y otros)	* NINGUNO
Orden Público	* Agresión física contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Agresión verbal contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Amenazas * Hurtos al colaborador en áreas cercanas a las instalaciones donde opera el ICBF * Hurtos al colaborador dentro de las instalaciones de la operación del ICBF	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Lesiones * Golpes * Heridas * Afectación de la salud mental o del comportamiento * Pérdidas económicas (accidentes de trabajo, daños a la infraestructura, multas, sanciones)		* Sistemas de vigilancia (cámaras, botones de pánico) * Plan de emergencias * Activación de entidades externas (policía, fiscalía, ejercito entre otras)	* Inducción y reinducción * Sensibilización medidas de seguridad * Taller psicosocial de prevención de amenazas	2	2	4	Bajo (B)	25	100	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacro emergencias y contingencias * Elementos atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Lineas de emergencias * Activación entidades externas (policía, fiscalía, ejercito, etc.) * Mantenimiento sistemas de	* NINGUNO
Peligros											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 1	
Hora: 7:00 Am	**Fecha: 16 de abril del 2024**
Lugar:	**SEDE GARZON**
Dependencia que Convoca:	**APOYO COORDINACION**
Proceso:	**PROTECCION, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Socializar el equipo de trabajo y realizar inducción al puesto de trabajo.**

Agenda:

- Presentación Personal SIGE
- Misión, Visión, Objetivos Estratégico, Política Ambiental
- Inducción al puesto de trabajo

Desarrollo:

- **El representante del SIGE realiza visita a cada uno de las sedes de las zonas con el fin de dar a conocer información importante a cada uno de los colaboradores, realizar inspecciones de seguridad, recomendaciones al respecto e inducción al puesto de trabajo.**
- **Se socializa la MISION, VISION, OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y POLITICA AMBIENTAL DEL ICBF**
- **Se realizan las inspecciones de seguridad de cada hogar y se dan recomendaciones.**
- **Se realizan las respectivas inducciones al puesto de trabajo**

PUBLICA

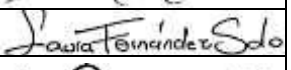
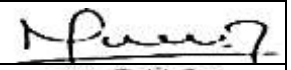
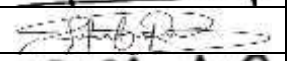
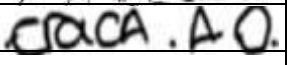
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Decisiones:

Finaliza la reunión a las 12 del día 16 del mes abril del 2024

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Daniel Fernando Vargas Andrade	SIGE	FSYTC	
Laura Fernández Soto	PSICOLOGA	FSYTC	
María Alejandra Trujillo Avendaño	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	FSYTC	
Jessica Lorena Garzón Rodríguez	GESTORA	FSYTC	
Erica Alvario Ortiz	TRABAJADORA SOCIAL	FSYTC	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	16 DE JUNIO DEL 2024	7:00 AM	SEDE ZONA

PUBLICA

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 1	
Hora: 7:00 Am	**Fecha: 15 de abril del 2024**
Lugar:	**SEDE GARZON**
Dependencia que Convoca:	**APOYO COORDINACION**
Proceso:	**PROTECCION, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Socializar el equipo de trabajo y realizar inducción al puesto de trabajo.**

Agenda:

- Presentación Personal SIGE
- Misión, Visión, Objetivos Estratégico, Política Ambiental
- Inducción al puesto de trabajo

Desarrollo:

- **El representante del SIGE realiza visita a cada uno de las sedes de las zonas con el fin de dar a conocer información importante a cada uno de los colaboradores, realizar inspecciones de seguridad, recomendaciones al respecto e inducción al puesto de trabajo.**
- **Se socializa la MISION, VISION, OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y POLITICA AMBIENTAL DEL ICBF**
- **Se realizan las inspecciones de seguridad de cada hogar y se dan recomendaciones.**
- **Se realizan las respectivas inducciones al puesto de trabajo**

PUBLICA

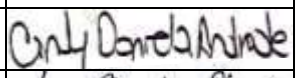
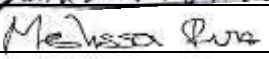
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Decisiones:

Finaliza la reunión a las 12 del día 15 del mes abril del 2024

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Daniel Fernando Vargas Andrade	SIGE	FSYTC	
PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ	PSICOLOGA	FSYTC	
CINDY DANIELA ANDRADE RIVERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	FSYTC	
LAURA DANIELA ULCUNCHE	GESTORA	FSYTC	
MELISA RUIZ CASTRO	TRABAJADORA SOCIAL	FSYTC	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	15 DE JUNIO DEL 2024	7:00 AM	SEDE ZONA

PÚBLICA

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	DIANA ALEJANDRA BARRAGAN
CARGO	COORDINADORA
PROCESO	INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO	EDDY PAHOLA AGORRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	PAOLA ANDREA MARIN
CARGO	PSICOLOGA.
PROCESO	HOGAR SOSTITUTA
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PAHOLA AGORRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01/06/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: 10/06/2024. ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Campilado de reemplazo

Quien realiza la inducción

Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: YUDY BARBACAN
CARGO: COORDINADORA
PROCESO: INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO: YUDY PATRICIA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: CINDI DANIELA ARDILADE. RIVERA.
CARGO: AUXILIAR
PROCESO: INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO: YUDY PATRICIA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐
☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la Induccion: Fecha de Inicio _____ Fecha de Terminación _____

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	capacitacion y orientacion	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	capacitacion y orientacion	X	
3	manual de funciones	capacitacion y orientacion	X	
4	cronogramas de actividades	capacitacion y orientacion	X	
5	codigo etico	capacitacion y orientacion	X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido	capacitacion y orientacion	X	
	trabajo en equipo, buen tratoo	capacitacion y orientacion	X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI	☒	NO	☐	NA	☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI	☒	NO	☐	NA	☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI	☒	NO	☐	NA	☐
¿Recibió inducción general?	SI	☒	NO	☐	NA	☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI	☒	NO	☐	NA	☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI	☒	NO	☐	NA	☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yudy Barbacan
Quien realiza la inducción

Cindy Daniela Andrade
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yudy Barragan
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yudy Paola Barragan
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Laura Daniela Alcoche
CARGO	Gestor
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yudy Paola Barragan
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la Induccion: Fecha de Inicio _____ Fecha de Terminación _____

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: 01/07/2021 ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	capacitacion y orientacion	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	capacitacion y orientacion	✓	
3	manual de funciones	capacitacion y orientacion	✓	
4	cronogramas de actividades	capacitacion y orientacion	✓	
5	codigo etico	capacitacion y orientacion	✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido	capacitacion y orientacion	✓	
	trabajo en equipo, buen tratoo	capacitacion y orientacion	✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☑	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yudy Barragan
Quien realiza la inducción

Quien recibe la inducción

Laura Daniela Alcoche.
Quien realiza la verificación (Jefe)

Scanned with MOBILE SCANNER

YO TE CUIDO

INDUCCIÓN

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: Yuby Alejandra Bamaga M
CARGO: Coordinadora
PROCESO: Hogar sustituto
NOMBRE JEFE INMEDIATO: Paola Aguirre Rosado
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: Melisso Yoiz Castro
CARGO: Trabajadora social
PROCESO: Hogar sustituto
NOMBRE JEFE INMEDIATO: Paola Aguirre Rosado
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01/04/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024

TEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dia despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: 01/04/24 ¿La explicación dada fue suficient para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		✓	
3	manual de funciones		✓	
4	cronogramas de actividades		✓	
5	codigo etico		✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		✓	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

	SI	NO	NA
Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	☒	☐	☐
Se socializaron los manuales propios del proceso?	☒	☐	☐
Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	☒	☐	☐
Recibió inducción general?	☒	☐	☐
Las funciones a realizar fueron comprendidas?	☒	☐	☐
Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	☒	☐	☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-01

Yuby Bamaga
Quien realiza la inducción

Melisso Yoiz
Cumplido de reemplazo
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	YUDY ALEJANDRA BARRAGAN
CARGO	COORDINADORA.
PROCESO	HOGAR SUSTITUTO
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PATRICIA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	MARIA ALEJANDRA TRUJILLO
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PROCESO	HOGAR SUSTITUTO
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PATRICIA AGUIRRE LOSADA
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☑

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la inducción: Fecha de Inicio 01/04/2024. Fecha de Terminación

ITEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) días despues de haber recibido la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guías del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☑	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yudy Barragan
Quien realiza la inducción

MARIA ALEJANDRA TRUJILLO
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	YUDI ALEJANDRA BARRAGAN
CARGO	CUIDADORA
PROCESO	INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PAULA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	ERICA AURELIO ORTIZ
CARGO	TRABAJADORA SOCIAL
PROCESO	INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PAULA AGUIRRE.
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01-04-24 Fecha de Terminación 01-04-24

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	capacitacion y orientacion	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	capacitacion y orientacion	✓	
3	manual de funciones	capacitacion y orientacion	✓	
4	cronogramas de actividades	capacitacion y orientacion	✓	
5	codigo etico	capacitacion y orientacion	✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido	capacitacion y orientacion	✓	
7	trabajo en equipo, buen tratoo	capacitacion y orientacion	✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☑	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

ERICA . A O.
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Scanned with MOBILE SCANNER

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 1	
Hora: 7:00 Am	**Fecha: 15 de abril del 2024**
Lugar:	**SEDE GARZON**
Dependencia que Convoca:	**APOYO COORDINACION**
Proceso:	**PROTECCION, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Socializar el equipo de trabajo y realizar inducción al puesto de trabajo.**

Agenda:

- Presentación Personal SIGE
- Misión, Visión, Objetivos Estratégico, Política Ambiental
- Inducción al puesto de trabajo

Desarrollo:

- **El representante del SIGE realiza visita a cada uno de las sedes de las zonas con el fin de dar a conocer información importante a cada uno de los colaboradores, realizar inspecciones de seguridad, recomendaciones al respecto e inducción al puesto de trabajo.**
- **Se socializa la MISION, VISION, OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y POLITICA AMBIENTAL DEL ICBF**
- **Se realizan las inspecciones de seguridad de cada hogar y se dan recomendaciones.**
- **Se realizan las respectivas inducciones al puesto de trabajo**

PUBLICA

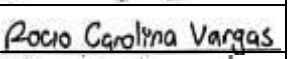
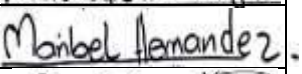
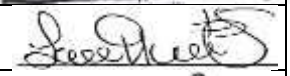
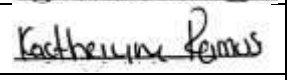
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Decisiones:

Finaliza la reunión a las 12 del día 15 del mes abril del 2024

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Daniel Fernando Vargas Andrade	SIGE	FSYTC	
ROCIO CAROLINA VARGAS PAEZ	PSICOLOGA	FSYTC	
MARIBEL HERNANDEZ LOZANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	FSYTC	
LINA MARIA SUAREZ LLANOS	GESTORA	FSYTC	
KATERINE RAMOS	TRABAJADORA SOCIAL	FSYTC	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	15 DE JUNIO DEL 2024	7:00 AM	SEDE ZONA

PÚBLICA

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO**

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yuby Alexandra Ramayan
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Aguim.
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Katherine Ramos
CARGO	Trabajadora Social
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yuby Paola Aguim Tuyo
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio _____ Fecha de Terminación _____

ITEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI	X	NO	X	NA	☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Recibió inducción general?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI	X	NO	☐	NA	☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yuby Ramayan
Quien realiza la inducción

Katherine Ramos
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Scanned with MOBILE SCANNER

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yudy Alejandra Bomagen
CARGO	coordinador
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Agudelo
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☒ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Ana Maria Suarez
CARGO	gestora de cuidado
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Agudelo
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01/04/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024

ITEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) d... después de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficien... para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen trato		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yudy Bomagen
Quien realiza la inducción

Ana Suarez
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO**

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	YUDI ALEJANDRA BARRAGAN
CARGO	CORDINACION
PROCESO	INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PAHOLA AGUIRRE.
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	MARIBEL HERNANDEZ
CARGO	AUXILAR ADMINISTRATIVA.
PROCESO	INDUCCIÓN
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PAHOLA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la Induccion: Fecha de Inicio 01-04-24 Fecha de Terminación 01-04-24

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	capacitacion y orientacion	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	capacitacion y orientacion	X	
3	manual de funciones	capacitacion y orientacion	X	
4	cronogramas de actividades	capacitacion y orientacion	X	
5	codigo etico	capacitacion y orientacion	X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido	capacitacion y orientacion	X	
7	trabajo en equipo, buen tratoo	capacitacion y orientacion	X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Recibió inducción general?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI	X	NO	☐	NA	☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

Maribel Hernandez.
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO**

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yudi Alejandra Barragan
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Aguirre
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Rocio Carolina Vargas
CARGO	Psicologa
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Aguirre
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la Induccion: Fecha de Inicio 1-9-2021 Fecha de Terminación 1-9-2029

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	capacitacion y orientacion	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	capacitacion y orientacion	X	
3	manual de funciones	capacitacion y orientacion	X	
4	cronogramas de actividades	capacitacion y orientacion	X	
5	codigo etico	capacitacion y orientacion	X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido	capacitacion y orientacion	X	
7	trabajo en equipo, buen tratoo	capacitacion y orientacion	X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Recibió inducción general?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI	X	NO	☐	NA	☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

Rocio Carolina Vargas
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Scanned with MOBILE SCANNER

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 1	
Hora: 7:00 Am	**Fecha: 18 de abril del 2024**
Lugar:	**SEDE NEIVA**
Dependencia que Convoca:	**APOYO COORDINACION**
Proceso:	**PROTECCION, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Socializar el equipo de trabajo y realizar inducción al puesto de trabajo.**

Agenda:

- Presentación Personal SIGE
- Misión, Visión, Objetivos Estratégico, Política Ambiental
- Inducción al puesto de trabajo

Desarrollo:

- **El representante del SIGE realiza visita a cada uno de las sedes de las zonas con el fin de dar a conocer información importante a cada uno de los colaboradores, realizar inspecciones de seguridad, recomendaciones al respecto e inducción al puesto de trabajo.**
- **Se socializa la MISION, VISION, OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y POLITICA AMBIENTAL DEL ICBF**
- **Se realizan las inspecciones de seguridad de cada hogar y se dan recomendaciones.**
- **Se realizan las respectivas inducciones al puesto de trabajo**

PUBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Decisiones:

Finaliza la reunión a las 12 del día 15 del mes abril del 2024

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Daniel Fernando Vargas Andrade	SIGE	FSYTC	
ANA MARIA LOZANO	PEDAGOGA	FSYTC	
DIEGO ALEJANDRO LOSADA ROMERO	FISIOTERAPEUTA	FSYTC	
HAMARA PAEZ DELGADO	NUTRICIONISTA	FSYTC	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	18 DE JUNIO DEL 2024	7:00 AM	SEDE ZONA

PUBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	YODY ALEJANDRA BARRAGAN
CARGO	COORDINADORA
PROCESO	HOGAR SUSTITUTO
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PATRICIA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	ANA MARIA LOZANO
CARGO	PROFESIONAL DE AREA
PROCESO	HOGAR SUSTITUTO
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PATRICIA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio _____ Fecha de Terminación _____

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) d después de haber recibidcia la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: ¿La explicación dada fue suficier para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		✓	
3	manual de funciones		✓	
4	cronogramas de actividades		✓	
5	codigo etico		✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		✓	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
as funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
ue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yody Barragan
Quien realiza la inducción

ANA MARIA LOZANO
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yuby Argandoña Barraza.
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Modalidad Hogar Sustituto
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yuli Paola Aguirre Lozada C.
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Diego Alejandro Lozada Roman
CARGO	Psicologo(a)
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yuli paola aguirre lozada
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la inducción: Fecha de Inicio 21/04/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024.

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibido la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen trato		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yuby Barraza
Quien realiza la inducción

Diego Lozada R.
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL

YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yudy Alejandra Bamoyón Cruz
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Jornada de inducción
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Agum Tobar
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Hamary Ruiz Delgado
CARGO	Nutricionista
PROCESO	Jornada de inducción
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Agum Tobar
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01/04/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibido la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		✓	
3	manual de funciones		✓	
4	cronogramas de actividades		✓	
5	codigo etico		✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		✓	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-01 Cumplido de reemplazo

Yudy Bamoyón
Quien realiza la inducción

Hamary Ruiz
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

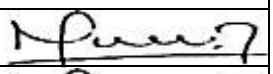
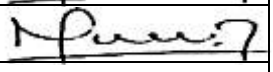
Powered by CamScanner

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	María Alejandra Trujillo Avendaño
CÉDULA	**1013647402**
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
16/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

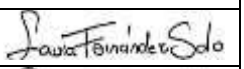
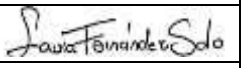
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Laura Fernández Soto
CÉDULA	**1077873295**
CARGO	PSICOLOGA

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
16/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

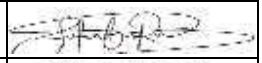
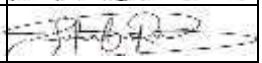
PÚBLICA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Jessica Lorena Garzon Rodriguez
CÉDULA	**1077871381**
CARGO	GESTORA

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
16/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

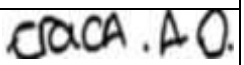
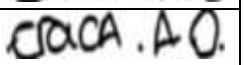
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Erica Alvario Ortiz
CÉDULA	**1070606623**
CARGO	TRABAJADORA SOCIAL

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
1604/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

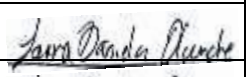
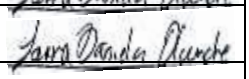
PÚBLICA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	LAURA DANIELA ULCUNCHE
CÉDULA	**108422281**
CARGO	GESTORA

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
15/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
15/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

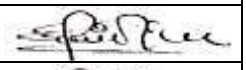
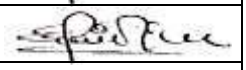
PÚBLICA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ
CÉDULA	**26427401**
CARGO	PSICOLOGA

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
15/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
15/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	MELISA RUIZ CASTRO
CÉDULA	**1032501951**
CARGO	TRABAJADORA SOCIAL

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
15/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Melissa Ruiz
15/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Melissa Ruiz

PÚBLICA

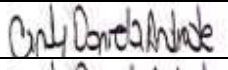
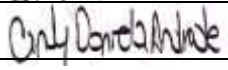
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	CINDY DANIELA ANDRADE RIVERA
CÉDULA	**1081401050**
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
15/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
15/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

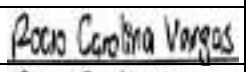
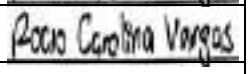
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	ROCIO CAROLINA VARGAS PAEZ
CÉDULA	**1083866191**
CARGO	PSICOLOGA

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
17/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
17/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	MARIBEL HERNANDEZ LOZANO
CÉDULA	**36287669**
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
17/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Maribel Hernandez.
17/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Maribel Hernandez.

PÚBLICA

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	LINA MARIA SUAREZ LLANOS
CÉDULA	**1083906192**
CARGO	GESTORA DE CASO

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
17/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
17/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

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

PÚBLICA

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

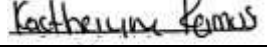
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	KATERINE RAMOS SALAZAR
CÉDULA	**1077421529**
CARGO	TRABAJADORA SOCIAL

Por medio de la presente certifico que he recibido los siguientes Elementos de Protección Personal por parte de **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**. Al recibir estos elementos me comprometo a mantenerlos en buen estado y hacer buen uso de ellos. Para la reposición es necesario entregar los EPP antiguos o en deterioro.

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
17/04/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
17/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

LABORVIDA IPS SAS- Nit :900563745
Licencia -Ips :0
CALLE 19 NO. 7A-46 BARRIO QUIRINAL
Tel(s). 8637446 Cel(s). 317363 3943 - 317644 8683
Correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

laborvida
NIT 900.563.745-9 ips

164474

Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2023-08-11

DATOS BASICOS

Empresa: **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** Nit: 9001496702-9

Nombres y apellidos: **YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES** CC: 1075278545

Cargo Actual: ADMINISTRATIVO

Fecha Nacimiento: 1994-03-23 **Edad** 29 Años **Género:** Femenino

TIPO DE EXÁMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

No tiene pruebas funcionales.

VACUNACION COVID-19

ANTI COVID -19 / ESQUEMA COMPLETO : ☑ NO

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

Restricciones
Ninguna

OBSERVACIONES

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

REMISIÓN EPS: ☑ NO
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE Ninguna
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: ☑NO

RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES LABORALES, BAJAR DE PESO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES, identificada con CC: 1075278545, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

Juan Pablo Toledo M.

JUAN PABLO TOLEDO MANCHOLA
REGISTRO NO. 1893/2009LSO 2535/22

Trabajador:

YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES
CC: 1075278545

Desarrollado por Leuro & Briñez - Software 320 448 69 51 - 311 808 58 82

Suministrado por: Laborvida I.P.S. correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

Powered by CamScanner

RECOMENDACIONES PARA EL DESEMPEÑO LABORAL Y CUIDADO DE LA SALUD

laborvida
NIT 900.563.745-9 ips

164474

Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2023-08-11

DATOS BASICOS

Empresa: **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** Nit: 901494702-9

Nombres y apellidos: **YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES** CC: 1075278545

Cargo Actual: ADMINISTRATIVO

Fecha Nacimiento: 1994-03-23 Edad: 29 Años Género: Femenino

SE CONSIDERA QUE EL Sr(a) YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS EN EL PRESENTE INFORME U OTRAS QUE LA EMPRESA DEFINA ASIGNARLE SIEMPRE Y CUANDO SE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES LABORALES QUE MAS ADELANTE SE DETALLAN. ESTO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN RIESGOS LABORALES.

Recuerde presentar a su empleador la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) de la empresa.

REMISIÓN EPS: ☑ NO

RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES LABORALES, BAJAR DE PESO

Evaluado por:	Responsable del SG-SST de la empresa:	Trabajador:
JUAN PABLO TOLEDO MANCHOLA REGISTRO NO. 1893/2009LSO 2535/22	Nombre:	YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES CC: 1075278545

Desarrollado por Leuro & Briñez - Software Tels: 320 448 69 51 - 311 808 58 82

Suministrado por: Laborvida I.P.S. correo: clonadministrativa@laborvidalps.com

Powered by CamScanner

RECOMENDACIONES PARA EL DESEMPEÑO LABORAL Y CUIDADO DE LA SALUD

laborvida
NIT 900.563.745-9 ips

202078
Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-04-19

DATOS BASICOS

Empresa:	PARTICULAR	Nit:	999999
Nombres y apellidos:	FABIAN ANDRES LAMILLA GALVIS	CC:	1075270711
Cargo Actual:	CONTRATISTA		
Fecha Nacimiento:	1993-05-01 Edad: 30 Años	Género: Masculino	



SE CONSIDERA QUE EL Sr(a) FABIAN ANDRES LAMILLA GALVIS PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS EN EL PRESENTE INFORME U OTRAS QUE LA EMPRESA DEFINA ASIGNARLE SIEMPRE Y CUANDO SE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES LABORALES QUE MAS ADELANTE SE DETALLAN. ESTO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN RIESGOS LABORALES.

Recuerde presentar a su empleador la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) de la empresa.

RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS. REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES.

Evaluado por:	Delegado de la empresa:	Trabajador:
ZULLY HASDELVI POLO CERQUERA		FABIAN ANDRES LAMILLA GALVIS
1903-2017	Nombre:	CC: 1075270711

Desarrollado por Leuro 6 Briñez - Software Tels: 320 448 69 51 - 311 808 58 82

Suministrado por; Laborvida I.P.S. correo: direccionadministrative@laborvidaips.com

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 52172013-101540

900467430-3
LSO. N° 94639 del 28/11/2016

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	11/04/2024 NEIVA		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	DIEGO ALEJANDRO LOSADA		**Identificación:**	1006514431	
Género	MASCULINO	**Edad:** 23	**Teléfono**		**Móvil:** 3204044382
Estado Civil:	SOLTERO (A)		**Cargo:**	FISIOTERAPEUTA	
Dirección	NEIVA		**EPS:**	NUEVA EPS	
Empresa	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO		**Escolaridad:**	PROFESIONAL	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TAMIZAJE VISUAL	ALTERACION VISUAL CON CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGUN EL CARGO, INDUCCION SOBRE LABORES PARA EL CARGO A REALIZAR.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR LABOR.

Observaciones: RECOMENDACIONES VISUALES: USO DE CORRECCION VISUAL CUANDO REQUIERA, NO RESTRINGE PARA SU LABOR

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

Tipo de Restricción — Condiciones, Factores, Agentes Asociados — Permanente

NO

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NO

Información de Remisiones

NO

Recomendaciones al Empleador

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecanico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).
- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.
- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita 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 ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:

CARLOS ALEJANDRO GRAJALES HIGUITA
Medico Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 57162/12
LIC. S.O. 39578

CARLOS ALEJANDRO GRAJALES HIGUITA

Diego Losada R.

DIEGO ALEJANDRO LOSADA ROMERO 1006514431

Firma y cédula del Paciente

Powered by CamScanner

CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2024-03-04 08:02:02

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE ANA MARIA LOZANO PLAZA

Nº DOC. CC - 1075218861 — DIRECCIÓN CLL 71 #1F 40

ESTADO CIVIL SOLTERO — PROCEDENCIA 41411

AÑOS: 37 MESES: 3 DIAS: 9 — TELÉFONO 3232290535

EMPRESA:PARTICULARES

FECHA DE NACIMIENTO 1986-11-24 — RESPONSABLE

ACOMPAÑANTE

OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES

CARGO: AGENTE EDUCATIVA

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD

EXÁMENES A REALIZAR

☐ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☐ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA

☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☐ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

☐ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTRO:

EXÁMENES PRACTICADOS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☐ SIN PATOLOGIA APARENTE ☑ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:

☐ APLAZADO MOTIVO:

☐ NO APTO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES

☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS

☐ APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☐ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ NORMAL ☐ ANORMAL

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ACEPTABLE, SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN SU CARGO SEGUN NECESIDAD, REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS ESTIPULADOS A PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES. MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ENFOCADOS A CONTROL DEL PESO, DIETA BALANCEADA Y AUMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA. SE INDICA CONTINUAR RECOMENDADICONES DADAS POR NUTRICION EN SU EPS.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
☐ REMISION A EPS	☑ USO DE EPP	☑ INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
☐ CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐ INGRESO A SVE	☐ VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
☐ SEGUIMIENTO CASO POR ARL	☐ SIVIG - OTOM	☐ DEJAR DE FUMAR
☐ CITOLOGIA VAGINAL	☐ SIVIG - Sustancias Quimicas	☑ PAUSAS ACTIVAS
	☐ SIVIG - OIR (Ruido)	☐ REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
	☐ SIVIG-Visual	☑ DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
	☐ SIVIG- Biologico	☑ CONTOL DE PESO
	☐ SIVIG - Radiaciones Ionizantes	☐ OTRO
	☐ SIVIG- Psicolaboral	CUAL:
	☐ SIVIG - Cardiovascular	

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional



MANUEL FELIPE GUARNIZO GONZALEZ
ESP. GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
R.M. 1110518551 . RES. 1760/2020

NOMBRE PACIENTE: ANA MARIA LOZANO PLAZA
Nº DOC. CC - 1075218861

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

Powered by CamScanner

AURIN
Audiología y Rehabilitación Integral IPS S.A.S

CONCLUSIÓN		
Destaco que le gusta trabajar en equipo, comunicarse de forma asertiva, con experiencia y habilidades que le permiten ser competente para el cargo.		
CONCEPTO FINAL		
x	Con una buena actitud y habilidad para cumplir con los requisitos exigidos por el cargo.	Diana Victoria Lozano Hernández TP 149811 LIC.S.S.T. Res.482/22

Dirección: Calle No. 7-55 B/La Toma (Neiva-Huila)
Teléfono fijo: 8666975 Móvil: 313 360 6773 – 313 817 5318
Email: info@aurinips.com.co

Powered by CamScanner

Nit. 900907721
Tel. 8666975 - Cel. 313 360 6773
Calle 15 No 7- 55 Barrio La Toma
info@aurinips.com
Neiva- Huila- Colombia



AUDIOMETRÍA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 18202

Fecha: 24/02/2023 Ciudad: NEIVA (HUILA, COLOMBIA)
Tipo Examen: MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO Eps: NUEVA EPS
CC: 1075218861 Nombre: LOZANO PLAZA ANA MARIA Edad: 36 AÑOS 3 M Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 24/11/1986 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: AGENTE EDUCATIVA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

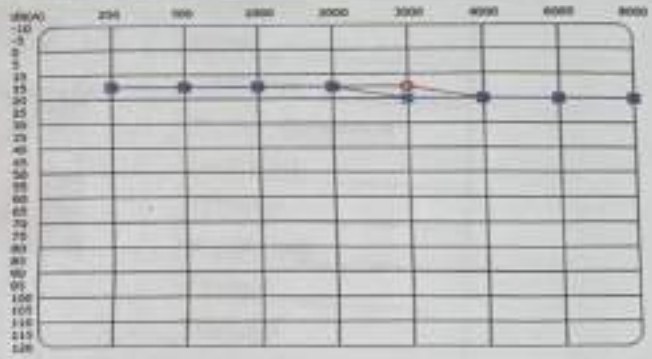
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas): 12 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: ARROW AV 080393 F. Ultima Calibración: 2022-02-26

O : Vía aérea del OD X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	15	15	15	20	20	20
VAOI	15	15	15	15	20	20	20	20

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Karla Martinez

Firma:
Nombre: MARTINEZ CARDOZO KARLA PATRICIA
R. M.: 6877 L.S.O.: 2303

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: LOZANO PLAZA ANA MARIA
CC 1075218861

Powered by CamScanner

AURIN
Audiología y Rehabilitación Integral IPS S.A.S

INFORME PSICOLOGICO INGRESO

DATOS GENERALES DEL ASPIRANTE

NOMBRE	ANA MARIA LOZANO PLAZA	**EDAD**	36
EMPRESA	PARTICULAR	**CIUDAD**	NEIVA HUILA
CEDULA	175218861	**CARGO**	AGENTE DUCATIVA
EDUCACION	PROFESIONAL	**TIPO DE PRUEBA**	16PF-5 PRUEBA DE PERSONALIDAD
FECHA	24/02/2023	**CONTACTO**	3232290535

A continuación, se presentan los resultados de la aplicación de la prueba psicotécnica efectuada al candidato:

PERFIL GRAFICO PSICOTÉCNICO



Dirección: Calle No. 7-55 B/La Toma (Neiva-Huila)
Teléfono fijo: 8666975 Móvil: 313 360 6773 – 313 817 5318
Email: info@aurinips.com.co

Powered by CamScanner

AURIN
Audiología y Rehabilitación Integral IPS S.A.S

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL PSICOTÉCNICO

Consultante de 36 años de edad, manifiesta vínculos familiares sanos, quien vive con su hijo y sus padres biológicos que ya son adultos mayores y quienes son su red de apoyo familia, estado civil soltero el colaborador no refiere síntomas que afecten su labor y desarrollode sus actividades cotidianas, sin perturbación psicológica, ni afectaciones psíquicas.

Persona sana en sus funciones psicológicas básicas (atención, percepción, memoria, lenguaje y aprendizaje) alerta, activo, centrado en el aquí y ahora, refieresentirse cómodo en las situaciones cotidianas, sin afectación emocional de presente, sin manifestaciones de intranquilidad y/o ansiedad latente que afecte su bienestar y salud mental.

COMPETENCIAS INTELECTUALES

osee pensamiento de tipo concreto, con razonamiento simple y poco elaborado. Puede seguir instrucciones simples y literales. Muestra algo de dispersión en su trabajo. Muestra una inclinación a ser imaginativo, bohemio y distraído. Puede ser poco convencional, absorto en sus ideas.

COMPETENCIAS EMOCIONALES

En ocasiones controla sus sentimientos y en otras no lo logra. Su tolerancia a la frustración está dentro de lo normal, al igual que su estabilidad emocional. En algunas ocasiones se deja afectar por los sentimientos, logrando en otras el control de los mismos.

COMPETENCIAS SOCIALES

Muestra equilibrio entre introversión y extroversión. Es dependiente en su pensamiento y en el modo de comportarse. Algo aventurado, de pronto indiferente, socialmente audaz, le gusta conocer a muchas personas.

COMPETENCIAS ÉTICAS

Es una persona a quien le falta más aceptación de las normas morales del grupo. En ocasiones desacata las normas, tiende a ser ventajoso y buscar a veces su propia satisfacción.

Powered by CamScanner

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad V583B1H30556	Firma:
Nombre: CABRERA TOVAR GIOVANNI		Nombre: LOZANO PLAZA ANA MARIA
R. M.: 2078/1997 L.S.O.: 0154/2021		CC: 1075218881

PROCESO DE SELECCIÓN
FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

Software para el sector salud - www.hisb...
Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO
Tel(s). 836 3170 - 836 1491 Cel. (s). 315 6408296
Web: www.saludocupacionalpitalito.com correo: info@saludocupacionalpitalito.com

Resolución 766 habilitación de servicios SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

CALIDAD COLOMBIA

Código de Prestador No. 415510156901 Licencia 2401 de 2015 expedida por la Secretaria Deptal del Huila

48659

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-04-08 1:47 pm

DATOS BASICOS

Empresa: **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** Nit: 99999999

Nombres y apellidos: **LINA MARIA SUAREZ LLANOS** CC: 1083906192

Cargo Actual: PSICOLOGA

Fecha Nacimiento: 1994-03-30 Edad: 30 Años Género: Femenino



TIPO DE EXÁMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

No tiene pruebas funcionales.

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

Restricción

Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: ☑ NO

REMISIÓN ARL ☑NO

OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO

PVE Ninguna

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: ☑NO

CONCEPTO EXÁMENES DE INGRESO	INCIO DE LABORES	AT
PUEDE INICIAR ☑SUS LABORES SI:	☑NO	☑

Alteración Ninguna

RECOMENDACIONES

Apto Cumple con las condiciones físicas, y condiciones pertinentes para estar en sus labores de acuerdo al perfil

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, LINA MARIA SUAREZ LLANOS, identificado con CC: 1083906192, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

CAMILO ANDRES SASTOQUE MENACA
RESOLUCION SST 2041/2015

Trabajador:

LINA MARIA SUAREZ LLANOS
CC: 1083906192

Suministrado por Calidad Colombia Services I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpitalito.com | Creador por : LEIDI TATIANA DIAZ QUINTERO

Powered by CamScanner

DISTRIALTURAS & SALUD LABORAL
901.311.051-9

DISTRIALTURAS & SALUD LABORAL
CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
CALLE 3 # 1B - 23 B. Quinche TEL: 3132808690 -3157312154

Certificado medico numero: A - 15307
Fecha y hora: 25/01/2024 8:50
Lugar: Pitalito - Huila

Datos Personales



KACTERYNE RAMOS SALAZAR

Número de Identificación: 1.077.421.529 **Fecha de Nacimiento:** 16/07/1985 **Edad:** 38
Genero: F **Rh:** O+ **Dirección de Residencia:** CL 17 S 7B 18 E
Nivel Académico: Universitario **Estado:** Completo **Profesión:** TRABAJADORA SOCIAL
Teléfono: 3204227379 **Estado civil:** Unión Libre **Lateralidad:** Derecho (a)

Información de la Empresa

Nombre: PARTICULAR **NIT:**
Dirección: **Cargo:** TRABAJADORA SOCIAL
Fecha de ingreso: 25/01/2024 **Fecha de retiro:** **Área:** Operativa **Turno:** Diurno

Tipo de examen
Pre-Ingreso

Énfasis
• Osteomuscular • Dermatológico

Concepto medico

CONCEPTO DE APTITUD PARA PRE-INGRESO
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

APTITUD SEGÚN ENFASIS
SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

REMISION
ESPECIALISTA:

Examen Físico
Peso: 63 kg **Altura:** 1,5 Mts **IMC:** 28,00
Pre-obeso

Autodiagnóstico de sintomatología para COVID-19 (Ultimas dos semanas)

Fiebre NO Tos NO Cansancio NO Malestar General NO Dolor de Garganta NO Dificultad Respiratoria NO ¿Ha tenido COVID-19? NO

Observación: Según lista de chequeo, hasta la fecha el paciente no presenta síntomas relacionados a COVID-19

Resultados de Exámenes de Laboratorio y Pruebas Funcionales

Audiometría — Der. Izq.
Visiometría — Der. Izq.
Optometría — Der. Izq.
Valoracion Psicológica Laboral:

Recomendaciones Generales

SE DAN RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS SEGÚN SU TAREA, CON USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR SU EMPRESA. REALIZAR SIEMPRE PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR AL MENOS 5 A 10 MINUTOS CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y MOVILIZACION DEL TRONCO, ALTERNAR POSICIONES DE BIPEDESTACION -SEDESTACION EN SU SITIO DE TRABAJO. CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE SU EMPRESA. RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: LAVADO DE MANOS ANTES, DURANTE Y POSTERIOR A MANIPULACION DE ALIMENTOS, PROCURAR BAJA INGESTA DE SAL, AZUCARES, ENLATADOS Y EMPAQUETADOS, DISMINUIR EL CONSUMO DE HARINAS Y FRITOS. EVITAR HABITO DE TABAQUISMO O LICOR; REALIZAR EJERCICIOS AEROBICOS MINIMO 3 VECES POR SEMANA POR AL MENOS 30 A 40 MINUTOS. ACATAR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA COVID 19 ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA, USAR SIEMPRE TAPABOCAS EN CENTROS MEDICOS, LAVADO DE MANOS CONSTANTE. MANTENER LIMPIAS LAS SUPERFICIES DE TRABAJO Y LAS HERRAMIENTAS ASIGNADAS (SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA)

Plan de Manejo / Recomendaciones Especificas

CITA CON NUTRICION POR ALTERACION, CONTINUAR CON EL USO DE GAFAS Y CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA, SE DAN RECOMENDACIONES DE POSICIONES ERGONOMICAS EN SU SITIO DE TRABAJO Y PARA LA MANIPULACION DE CARGA – DESCARGA DE ELEMENTOS. EN CASO DE USAR COMPUTADORA POSICIONARLA FRENTE AL USUARIO Y A DISTANCIA DE 45 CM A LOS OJOS, SE INDICA USO DE SILLA ERGONOMICA, EN CASO DE SER NECESARIO USAR REPOSAPIES, RESTO DE MATERIALES SOBRE EL ESCRITORIO DEBEN SER CERCANOS Y EVITAR POSICIONES FORZADAS AL USARLOS. MANTÉN EL PUESTO DE TRABAJO ORDENADO Y LIMPIO. REPORTA A TIEMPO EL MAL ESTADO DE TUS HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y MOBILIARIO.

Restricciones

NO

Firma del Médico

Nombre: Alexander Salazar
Licencia: R. 825 DE 2022

Firma del Paciente

Nombre: KACTERYNE RAMOS SALAZAR
C.C:. 1.077.421.529

Scanned with CamScanner

Este certificado se encuentra regido según la Resolución 1995 de 1999 modificada por la Resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y ajustada a la Resolución 2346 del 2007, modificado en los Artículos 11 y 17 por la Resolución 1918 del 5 de junio del 2009.

Resolución 788 habilitación de servicios
SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

Codigo de Prestador No. 415510156901 Licencia 2401 de 2015
expedida por la Secretaria Deptal del Huila
57269

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO
Tel(s). 836 3170 - 836 1491 Cel(s). 315 6400296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2022-04-25 14:24

DATOS BASICOS

Empresa: **FUNDACION FUNDAR** NIt: 900725751

Nombres y apellidos: **MARIBEL HERNADEZ LOZANO** CC: 36287669

Cargo Actual: AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Fecha Nacimiento: 1978-06-23 Edad: 43 Años Género: Femenino



TIPO DE EXÁMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

No tiene pruebas funcionales.

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

Restricciones
Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: ☑NO
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE Ninguna
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: ☑NO

RECOMENDACIONES

PACIENTE SIN SIGNOS DE INFECCION RESPIRATORIA (SIN TOS, FIEBRE, MALESTAR GENERAL, DOLOR DE GARGANTA, O DIFICULTAD RESPIRATORIA) - SEGUIR PROTOCOLOS PARA EVITAR INFECCION POR COVID19 - LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS - USO DE TAPABOCA OBLIGATORIO - EVITAR AREAS CON AGLOMERACIONES - MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS - CUIDADOS DE HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS IDEALMENTE CADA DOS HORAS CON EJERCICIS DE FLEXO-EXTENSION, MOVIMIENTOS Y ESTIRAMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, MARIBEL HERNADEZ LOZANO, identificado con CC: 36287669, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

CAMILO ANDRES SASTOQUE
Médico Laboral
Resl 3681/2007

CAMILO ANDRES SASTOQUE MENACA
RESOLUCION SST 2041/2015

Trabajador:

MARIBEL HERNADEZ LOZANO
CC: 36287669

Suministrado por: Calidad Colombia Services I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpitalito.com | Creador por : ANGIE JULIETH SALAMANCA ORTEGA

Powered by CamScanner

CALIDAD COLOMBIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 788 habilitación de servicios
SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO
Tel(s). 836 3170 - 836 1491 Cel(s). 315 6408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

Codigo de Prestador No. 415510156901 Licencia 2401 de 2015 expedida por la Secretaria Deptal del Huila
73679

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2023-05-12 08:31

DATOS BASICOS

Empresa: **FUNDACION FUNDAR** Nit: 900725751

Nombres y apellidos: **ROCIO CAROLINA VARGAS PAZ** CC: 1083866191



Cargo Actual: **GESTOR DE CASO**

Fecha Nacimiento: 1986-03-08 Edad: 37 Años Género: Femenino

TIPO DE EXÁMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

No tiene pruebas funcionales.

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

Restricciones
Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: ☑ NO
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE Ninguna
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: ☑NO

RECOMENDACIONES

PERSONALES:
SE DAN RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS SEGÚN SU TAREA, CON USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR SU EMPRESA. REALIZAR SIEMPRE PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR AL MENOS 5 A 10 MINUTOS CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y MOVILIZACION DEL TRONCO, ALTERNAR POSICIONES DE BIPEDESTACION -SEDESTACION EN SU SITIO DE TRABAJO. CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE SU EMPRESA. RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PROCURAR BAJA INGESTA DE SAL, AZUCARES, ENLATADOS Y EMPAQUETADOS, DISMINUIR EL CONSUMO DE HARINAS Y FRITOS. EVITAR HABITO DE TABAQUISMO O LICOR; REALIZAR EJERCICIOS AEROBICOS MINIMO 3 VECES POR SEMANA POR AL MENOS 30 A 40 MINUTOS. ACATAR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA COVID 19 ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA, USAR SIEMPRE TAPABOCAS EN ESPACIOS PUBLICOS Y CENTROS MEDICOS, LAVADO DE MANOS CONSTANTE. MANTENER LIMPIAS LAS SUPERFIECIES DE TRABAJO Y LAS HERRAMIENTAS ASIGNADAS (SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ROCIO CAROLINA VARGAS PAZ, identificado con CC: 1083866191, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

Médico Laboral
RM 3086/2007

CAMILO ANDRES SASTOQUE MENACA
RESOLUCION SST 2141/2015

Trabajador:

ROCIO CAROLINA VARGAS PAZ
CC: 1083866191

Suministrado por: Calidad Colombia Services I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpitalito.com | Creador por : LEIDI TATIANA OME QUINTERO

Scanned with MOBILE SCANNER

ELMIR JESUS CHARRIS SANCHEZ
MEDICO GENERAL
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
RM 471318 LICENCIA/ RESOLUCIÓN 2516/2021

HISTORIA CLINICA DE SALUD OCUPACIONAL

V

CONCEPTO APTITUD LABORAL

FECHA	DD 02	MM 02	AA 2024	EXAMEN MEDICO:	INGRESO X	PERIODICO	POST-INCAPACIDAD	APERTURA DE HISTORIA CLINICA	RETIRO

NOMBRE COMPLETO: HAMARA ZADIETH PAEZ EDAD: 38 AÑOS

CC Nº: 63554229 EXPEDIDA: Bucaramanga Santander 3-10-2002 FECHA DE NACIMIENTO: DD:12 MM: 10 AA: 1984

EMPRESA: NIT: 89110102-4

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN MEDICO: X AUDIOMETRIA: OPTOMETRIA: PRUEBA PSICOTECNICA:

LABORATORIOS: ESPIROMETRIA: VISIOMETRIA: OTROS:

CONCEPTO

TRABAJOS EN ALTURAS	SATISFACTORIO	CON RECOMENDACIONES
TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS	SATISFACTORIO	CON RECOMENDACIONES
OSTEOMUSCULAR	SATISFACTORIO	CON RECOMENDACIONES
MANIPULACION DE ALIMENTOS	SATISFACTORIO	CON RECOMENDACIONES
EXAMEN MEDICO LABORAL X	SATISFACTORIO X	CON RECOMENDACIONES

CONDUCTAS

MANEJO POR ARL	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA
REMISION EPS	HIGIENE POSTURAL:X	DIETA:
CONTINUAR MANEJO MEDICO	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	EJERCICIO: X
REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO	USO AYUDAS ERGONOMICAS: X	NO FUMAR

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD: CCV, CONTROL VISUAL ANUAL, HIGIENE ORAL SEMESTRAL, CONTROL ADULTO SANO EPS, EXAMEN DE SENO PYP XX

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Higiene Postural En El Puesto De Trabajo, Realizar Pausas Activas Durante La Jornada Laboral, Realizar Lavado De Manos Al Menos Una Vez Cada 3 Horas Con Mucha Agua Y Jabón Mínimo Por 20 Segundo, Evitar Tocarse Los Ojos, La Nariz O La Boca Y El Cuello Con Las Manos Sin Lavar, Aplicar El Código De Etiqueta Respiratoria. Mantenga Al Menos 2 Metro De Distancia Entre Usted Y Las Demás Personas, Uso De Tapabocas De Manera Continua Para Laborar, Procure Tener Iluminada Y Ventilada De Forma Natural Su Vivienda., No Salude Con Beso, Ni Abrazo, Ni De La Mano A Ninguna Persona, Mantenga Separada La Ropa De Trabajo De Las Prendas De Uso Extra laboral.

FIRMA Y SELLO MEDICO
ELMIR JESUS CHARRIS SANCHEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
RES N° 2516/2021

FIRMA DEL TRABAJOR
CC: 63554229

Dirección , CALLE 7 ENTRE CARRERA 11 Y 12 CENTRO COMERCIAL PASEO DEL ROSARIO TERCER PISO CONSULTORIO 3-008 correo electrónico elmir-07@hotmail.com y elmircharris@gmail.com 3103099162-3142740900

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero...!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.592

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	04 MES	2024 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

PARTICULARES

Empresa en misión

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

RUIZ CASTRO MELISSA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	25 AÑOS 3 MESES 18 DÍAS	CC	1032501951
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
TRABAJADORA SOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 L.S.O.: 1376/2021

Código de Seguridad
K631Q1W32592

Aspirante o Trabajador

Firma: Melissa Ruiz

Nombre: RUIZ CASTRO MELISSA

CC: 1032501951

Powered by CamScanner

Servicios Integrales De Salud

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.593

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	04 MES	2024 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

PARTICULARES

Empresa en misión

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

MARIN GONZALEZ PAOLA ANDREA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	39 AÑOS 6 MESES 3 DÍAS	CC	26427401
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EL EXAMEN MÉDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL

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:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 L.S.O.: 1376/2021

Código de Seguridad
N631T1Z32593

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARIN GONZALEZ PAOLA ANDREA

CC: 26427401

Powered by CamScanner

Servicios Integrales De Salud

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.591

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	04 MES	2024 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

PARTICULARES

Empresa en misión

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OLCUNCHE NOSCUE LAURA DANIELA	FEMENINO	25 AÑOS 3 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	1081422281 (Número)

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

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:

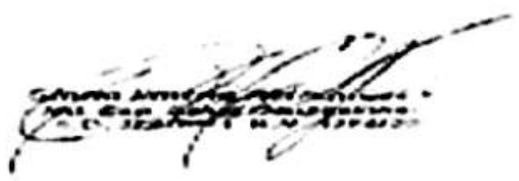
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓	.....

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 ' me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



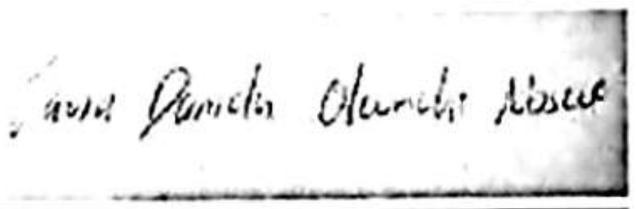
Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 L.S.O.: 1376/2021

Código de Seguridad
I631O1U32591

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: OLCUNCHE NOSCUE LAURA DANIELA

CC: 1081422281

Scanned with MOBILE SCANNER
Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Servicios Integrales De Salud

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 21.513

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05	01	2023	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA)	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL PERIODICO (MEDICO)

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

CENTRO ESPECIALIZADO DE UROLOGIA NEIVA

Empresa en misión

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

ANDRADE RIVERA CINDY DANIELA	FEMENINO		CC	1081401050

AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO SATISFACTORIO, PUEDE SEGUIR DESEMPEÑANDO SUS LABORES

Observaciones: *NO APLICA*

RA	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
N RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)	✓	TRIGLICERIDOS	✓
	✓		✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	OTROS : SVE RIESGO BIOLOGICO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 L.S.O.: 1376/2021

Código de Seguridad
P631V1B21513

Aspirante o Trabajador

Cindy

Firma:

Nombre: ANDRADE RIVERA CINDY DANIELA

CC: 1081401050

Powered by CamScanner



DR. ALFONSO BENAVIDES SUAREZ
MEDICO-ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M Registro Médico No. 972/1997 - I.S.O 1180 DE 2022

CERTIFICADO DE APTITUD

FECHA DE CERTIFICACIÓN: 12-04-2024

NOMBRE Y APELLIDO: ERICA ALVARINO ORTIZ **C.C No: 1070606623**

CARGO: TRABAJADORA SOCIAL **DEPENDENCIA:** **EDAD: 32 AÑOS**

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO **DIRECCION: CALLE 5 # 5 - 11 B/ EL PROGRESO**

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMENES	
EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL	☑
OPTOMETRIA	☐
AUDIOMETRIA	☐
RX	☐
OTROS LABORATORIOS	☐
VERTIGO-MANIOBRAS	☐
ESPIROMETRIA	☐
ESPACIOS CONFINADOS	☐
PSICOLOGIA	☐
ELECTROCARDIOGRAMA	☐

LABORATORIO: NO REALIZO

RAYOS X: NO REALIZO

OPTOMETRIA: NO REALIZO

AUDIOMETRIA: NO REALIZO

ESPIROMETRIA:

PSICOLOGIA: NO REALIZO

ELECTROCARDIOGRAMA: NO REALIZO

VERTIGO - MANIOBRAS: POSITIVO [ ] NEGATIVO [ ]

EXAMEN A REALIZAR DE INGRESO / PERIODICO / EGRESO

APTO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGIA APARENTE [X] CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU LABOR: [ ]

APTO CON RESTRICCION [ ] MOTIVO:

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS [ ] MOTIVO:

APLAZADO [ ] MOTIVO:

RECOMENDACIÓN: AL EXAMEN DE INGRESO, SE VALORA LA PACIENTE EN MENCIÓN POR MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AL EXAMEN FISICO GENERAL POR ORGANOS Y SISTEMAS, CARDIOVASCULAR, NEUROLOGICO, PULMONAR: NORMAL. NO PRESENTA SIGNOS, NI SINTOMAS PARA VIRUS COVID-19. USO DE EPP. SE RECOMIENDA MANEJO ADECUADO DE CARGAS, PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL. APTA PARA LABORAR COMO: TRABAJADORA SOCIAL. EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO .

EXAMEN PERIODICO

PERIODICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR [ ]

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL [ ] PERMANENTE [ ] REASIGNAR TAREAS [ ]

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ]

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO [ ] NO SATISFACTORIO [ ] MOTIVO:

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ]

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

REMISION A E.P.S		INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	
CONTINUAR A A.R.P		DEJAR DE FUMAR	
SEGUIMIENTO CASO POR A.R.P		REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	
CONTROL DE PESO			

Incluir en SVE								
	VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO		ERGONOMICO	
	CARDIOVASCULAR		PSICOLABORAL		BIOLOGICO		QUIMICO	

DR. ALFONSO BENAVIDES S.
MEDICO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 972/97 - ISO 1180/2022
FIRMA DEL MEDICO
REGISTRO 972/97
ISO 1180/2022

Trabajador

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No: 1070606623

Scanned with MOBILE SCANNER



DR. ALFONSO BENAVIDES SUAREZ
MEDICO-ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M Registro Médico No. 972/1997 - I.S.O 1180 DE 2022

CERTIFICADO DE APTITUD

FECHA DE CERTIFICACIÓN: 12-04-2024

NOMBRE Y APELLIDO: LAURA ALEJANDRA FERNANDEZ SOTO C.C No: 1077873295

CARGO: PSICOLOGA DEPENDENCIA: EDAD: 27 AÑOS

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO DIRECCION: B/ SAN CAYETANO - GARZON

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMENES	
EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL	S
OPTOMETRIA	
AUDIOMETRIA	
RX	
OTROS LABORATORIOS	
VERTIGO-MANIOBRAS	
ESPIROMETRIA	
ESPACIOS CONFINADOS	
PSICOLOGIA	
ELECTROCARDIOGRAMA	

LABORATORIO: NO REALIZO

RAYOS X: NO REALIZO

OPTOMETRIA: NO REALIZO

AUDIOMETRIA: NO REALIZO

ESPIROMETRIA:

PSICOLOGIA: NO REALIZO

ELECTROCARDIOGRAMA: NO REALIZO

VERTIGO - MANIOBRAS: POSITIVO ( ) NEGATIVO ( )

EXAMEN A REALIZAR DE INGRESO / PERIODICO / EGRESO

APTO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGIA APARENTE (X) CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU LABOR: ( )

APTO CON RESTRICCION ( ) MOTIVO:

APTO PARA MANEJAR ALIMENTOS ( ) MOTIVO:

APLAZADO ( ) MOTIVO:

RECOMENDACIÓN: AL EXAMEN DE INGRESO, SE VALORA LA PACIENTE EN MENCIÓN POR MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AL EXAMEN FISICO GENERAL POR ORGANOS Y SISTEMAS, CARDIOVASCULAR, NEUROLOGICO, PULMONAR: NORMAL. NO PRESENTA SIGNOS, NI SINTOMAS PARA VIRUS COVID-19. USO DE EPP. SE RECOMIENDAN PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL. APTA PARA LABORAR COMO: PSICOLOGA. EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO .

EXAMEN PERIODICO

PERIODICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR ( )

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL ( ) PERMANENTE ( ) REASIGNAR TAREAS ( )

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ( ) NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ( )

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO ( ) NO SATISFACTORIO ( ) MOTIVO:

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ( ) NO ( )

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

REMISION A E.P.S		INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	
CONTINUAR A A.R.P		DEJAR DE FUMAR	
SEGUIMIENTO CASO POR A.R.P		REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	
CONTROL DE PESO			

Incluir en SVE	VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO		ERGONOMICO	
	CARDIOVASCULAR		PSICOLABORAL		BIOLOGICO		QUIMICO	

DR. ALFONSO BENAVIDES S.
MEDICO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 972/97 I.S.O 1180/2022

FIRMA DEL MEDICO
REGISTRO 972/97
ISO 1180/2022

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No: 1077873295

Powered by CamScanner



DR. ALFONSO BENAVIDES SUAREZ
MEDICO-ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M Registro Médico No. 972/1997 - I.S.O 1180 DE 2022

CERTIFICADO DE APTITUD

FECHA DE CERTIFICACIÓN: 10-04-2024

NOMBRE Y APELLIDO: JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ — C.C No: 1077871381

CARGO: CONTRATISTA — DEPENDENCIA: — EDAD: 28 AÑOS

EMPRESA: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO — DIRECCION: VEREDA BAJO MONSERRATE GARZON HUILA

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMENES	
EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL	☑
OPTOMETRIA	☐
AUDIOMETRIA	☐
RX	☐
OTROS LABORATORIOS	☐
VERTIGO-MANIOBRAS	☐
ESPIROMETRIA	☐
ESPACIOS CONFINADOS	☐
PSICOLOGIA	☐
ELECTROCARDIOGRAMA	☐

LABORATORIO: NO REALIZO

RAYOS X: NO REALIZO

OPTOMETRIA: NO REALIZO

AUDIOMETRIA: NO REALIZO

ESPIROMETRIA:

PSICOLOGIA: NO REALIZO

ELECTROCARDIOGRAMA: NO REALIZO

VERTIGO - MANIOBRAS: POSITIVO [ ] NEGATIVO [ ]

EXAMEN A REALIZAR DE INGRESO / PERIODICO / EGRESO

APTO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGIA APARENTE [ ] — CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU LABOR: [ ]

APTO CON RESTRICCION [ ] — MOTIVO:

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS [ ] — MOTIVO:

APLAZADO [ ] — MOTIVO:

RECOMENDACIÓN: AL EXAMEN DE INGRESO, SE VALORA LA PACIENTE EN MENCIÓN POR MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AL EXAMEN FISICO GENERAL POR ORGANOS Y SISTEMAS, CARDIOVASCULAR, NEUROLOGICO, PULMONAR: NORMAL. NO PRESENTA SIGNOS, NI SINTOMAS PARA VIRUS COVID-19. USO DE EPP. SE RECOMIENDA MANEJO ADECUADO DE CARGAS, PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL. APTA PARA LABORAR COMO: CONTRATISTA. EMPRESA: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO.

EXAMEN PERIODICO

PERIODICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR [ ]

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL [ ] PERMANENTE [ ] REASIGNAR TAREAS [ ]

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ]

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO [ ] NO SATISFACTORIO [ ] MOTIVO:

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ]

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

REMISION A E.P.S	[ ]	INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	[ ]
CONTINUAR A A.R.P	[ ]	DEJAR DE FUMAR	[ ]
SEGUIMIENTO CASO POR A.R.P	[ ]	REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	[ ]
CONTROL DE PESO	[ ]		

Incluir en SVE									
	VISUAL	☐	AUDITIVO	☐	RESPIRATORIO	☐	ERGONOMICO	☐
	CARDIOVASCULAR	☐	PSICOLABORAL	☐	BIOLOGICO	☐	QUIMICO	☐

DR. ALFONSO BENAVIDES S.
MEDICO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 97287 -ISO 1180/2022
FIRMA DEL MÉDICO
REGISTRO 972/97
ISO 1180/2022

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No: 1077871381

Powered by CamScanner



DR. ALFONSO BENAVIDES SUAREZ
MEDICO-ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M Registro Médico No. 972/1997 - I.S.O 1180 DE 2022

CERTIFICADO DE APTITUD

FECHA DE CERTIFICACIÓN: 15-04-2024

NOMBRE Y APELLIDO: MARIA ALEJANDRA TRUJILLO AVENDAÑO — C.C No: 1013647402

CARGO: APOYO ADMINISTRATIVO — DEPENDENCIA: — EDAD: 30 AÑOS

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO — DIRECCION: CALLE 7 # 5 - 87 B/CENTRO GARZON

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMENES	
EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL	X
OPTOMETRIA	
AUDIOMETRIA	
EKE	
OTROS LABORATORIOS	
VERTIGO-MANIOBRAS	
ESPIROMETRIA	
ESPACIOS CONFINADOS	
PSICOLOGIA	X

LABORATORIO: NO REALIZO

RAYOS X: NO REALIZO

OPTOMETRIA: NO REALIZO

FONO AUDIOLOGIA: NO REALIZO

VERTIGO - MANIOBRAS: POSITIVO ( ) NEGATIVO ( )

EXAMEN A REALIZAR DE INGRESO / PERIODICO / EGRESO

APTO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGIA APARENTE [X] — CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU LABOR: ( )

APTO CON RESTRICCION [ ] — MOTIVO:

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS [ ] — MOTIVO:

APLAZADO [ ] — MOTIVO:

RECOMENDACIÓN: AL EXAMEN DE INGRESO, SE VALORA LA PACIENTE EN MENCIÓN POR MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AL EXAMEN FISICO GENERAL POR ORGANOS Y SISTEMAS, CARDIOVASCULAR, NEUROLOGICO, PULMONAR: NORMAL. EXAMEN DE PSICOLOGIA TEST DE PERSONALIDAD: NORMAL. NO PRESENTA SIGNOS, NI SINTOMAS PARA VIRUS COVID-19. USO DE EPP. APTA PARA LABORAR COMO: APOYO ADMINISTRATIVO. EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

EXAMEN PERIODICO

PERIODICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR ( )

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL — TEMPORAL ( ) — PERMANENTE ( ) — REASIGNAR TAREAS ( )

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ( ) — NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ( )

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO ( ) — NO SATISFACTORIO ( ) — MOTIVO:

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL — SI ( ) — NO ( )

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

REMISION A E.P.S		INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	
CONTINUAR A A.R.P		DEJAR DE FUMAR	
SEGUIMIENTO CASO POR A.R.P		REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	
CONTROL DE PESO			

Debe ser SVE	VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO	ERGONOMICO	
	CARDIOVASCULAR		PSICOLABORAL		BIOLOGICO	QUIMICO	

DR. ALFONSO BENAVIDES S.
MEDICO ESPECIALISTA
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 972/97 ISO 1180/2022

FIRMA DEL MEDICO
REGISTRO 972/97
ISO 1180/2022

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No: 1013647402

Powered by CamScanner

OBLIGACIONES SIGE

FUNDACION YO TE CUIDO

08 DE MAYO DE 2024.

Índice

1. Certificación cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019.

2. Dar cumplimiento a realización de matrices de riegos y peligros de nuestras sedes.

3. Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE).

4. inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo

5. el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este.

6. Socializar POLITICA AMBIETAL DEL ICBF y Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad.

	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DISTERMINACIÓN DE CONTROLES	F2.G3.M1	3/04/2020
		Versión: 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

GEDE	Regional
REGIONAL	Huila
CENTRO ZONAL	La plata
FECHA DE VALORACIÓN	15/04/2024

APROBÓ	
REVISÓ	
ELABORÓ	DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE

PELIGRO		PROCESO	DESCRIP ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	EFECTOS POSIBLES	DESCRIPCIÓN DE CONTROLES EXISTENTES			EVALUACIÓN DEL RIESGO							VALORACIÓN	CRITERIOS PARA CALIFICACIÓN CONTROLES						MEDIDAS DE INTERVENCIÓN				
CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN			ACTIVIDAD RUTINARIA NO RUTINARIA		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	VALOR ND (Valor Nivel deficiencia)	VALOR NE (Valor Nivel exposición)	NP (ND X NE) (Nivel deficiencia X Nivel Exposición)	Interpretación NP (Nivel Probabilidad)	NC (Nivel Consecuencia)	NR (Nivel Riesgo) NP X NC	Interpretación NR	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	NUMERO DE EXPUESTOS				CONSECUENCIA	EXISTENCIA DE REQUISITO LEGAL ESPECIFICO O ASOCIADO (SI/NO)	ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS / ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL Y COLECTIVO
																	PLANTA	CONTRATISTAS	PASANTES	VISITANTES							
Biológico	* Exposición directa a colaboradores y/o usuarios portadores de enfermedades bacterianas o virales	* Relación con el Ciudadano	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Contagio y propagación de virus (gripa, fiebre amarilla, hepatitis,dengue, entre otras)	* NINGUNO	* NINGUNO	* Uso de Elementos de Protección Personal-EPP * Socialización de la Guia de control operacional peligros significativos de seguridad y salud en el trabajo * Campañas de promoción y prevención P y P	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	MALE CON CONTROL ESPECIFICO		4		0	* ENFERMEDAD COMUN	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Divulgación de la Guia de Control Operacional Peligros Significativos de Seguridad y Salud en el Trabajo * Divulgación de manuales de buenas practicas * Limpieza y desinfección diaria en el lavado de baños y superficies * Jornada de promoción y prevención * Capacitaciones y/o Sensibilizaciones y/o Socializaciones	* Elementos de Protección Personal-EPP * Sensibilización en el uso adecuado de Elementos de Protección Personal-EPP * Seguimiento a entrega y reposición de Elementos de Protección Personal-EPP
Natural	* Ocurrencia actividad sísmica de acuerdo con la ubicación geográfica	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lesiones * Golpes * Muerte * Pollsumatismos	* NINGUNO	* Socialización rutas de evacuación, sistema de alarmas, señales y puntos de encuentro * Mantenimiento preventivo de infraestructura * Mantenimiento correctivo de infraestructura	* Capacitación prevención, preparación y respuesta ante emergencias * Botiquines cargado para brigadistas * Capacitación, sensibilización prevención, preparación y respuesta ante emergencias sismicas * Realizar planes activos de acuerdo con la cartilla publicada	2	1	2	Bajo (B)	25	50	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE * SUICIDIO	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar plan de aguda rutas * Articulo 24 entidades Gestión del Riesgo de Desastres * Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacros de emergencias * Dotación elementos para la atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Activación plan de contingencia	* Entrega de Elementos de Protección Personal-EPP y brigadistas
Biomecánico	* Movimientos repetitivos por ocasión de la labor * Posturas prolongadas y/o mantenidas	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Almacenamiento * Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lumbalgia ocupacional	* NINGUNO	* Inspección puesto de trabajo	* Realizar pausas activas de acuerdo con la cartilla publicada * Ejecución del Programa de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención de Desordenes Musculoesqueléticos-DME * Capacitación de riesgo ergonomia de acuerdo a matriz de identificación epidemiologia ocupacional peligro psicosocial	2	1	2	Bajo (B)	10	20	IV	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar jornadas de pausas activas * NINGUNO	* Sensibilización en el uso adecuado de elementos de confort * Seguimiento a entrega y reposición de elementos de confort
Psicosocial	* Exposición demanda de carga mental por agremio de tiempo o el contenido mismo de la tarea (información confidencial, funciones de alta responsabilidad, tareas monotonas y minuciosas)	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Enfermedades mentales o del comportamiento	* NINGUNO	* NINGUNO	* Capacitación epidemiología ocupacional peligro psicosocial * Participación en talleres de riesgo psicosocial * Participación actividades del plan de bienestar * Pausas activas cognitivas	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Actividades programa de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas * Actividades programa de vigilancia epidemiológica ocupacional peligro psicosocial * Divulgación estrategias de sensibilización (cortes viajes pausas informativas carreteras y otros)	* NINGUNO
Orden Público	* Agresión física contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Agresión verbal contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Amenazas * Hurtos al colaborador en áreas cercanas a las instalaciones donde opera el ICBF * Hurtos al colaborador dentro de las instalaciones de la operación del ICBF	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Lesiones * Golpes * Heridas * Afectación de la salud mental o del comportamiento * Pérdidas económicas (accidentes de trabajo, daños a la infraestructura, multas, sanciones)		* Sistemas de vigilancia (cámaras, botones de pánico) * Plan de emergencias * Activación de entidades externas (policía, fiscalía, ejercito entre otras)	* Inducción y reinducción * Sensibilización medidas de seguridad * Taller psicosocial de prevención de amenazas	2	2	4	Bajo (B)	25	100	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacro emergencias y contingencias * Elementos atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Lineas de emergencias * Activación entidades externas (policía, fiscalía, ejercito, etc.) * Mantenimiento sistemas de	* NINGUNO
Peligros											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														

	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DISTERMINACIÓN DE CONTROLES	F2.G3.M1	3/04/2020
		Versión: 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

GEDE	Regional
REGIONAL	Huila
CENTRO ZONAL	La plata
FECHA DE VALORACIÓN	15/04/2024

APROBÓ	
REVISÓ	
ELABORÓ	DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE

PELIGRO		PROCESO	DESCRIP ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	EFECTOS POSIBLES	DESCRIPCIÓN DE CONTROLES EXISTENTES			EVALUACIÓN DEL RIESGO							VALORACIÓN	CRITERIOS PARA CALIFICACIÓN CONTROLES						MEDIDAS DE INTERVENCIÓN				
CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN			ACTIVIDAD RUTINARIA NO RUTINARIA		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	VALOR ND (Valor Nivel deficiencia)	VALOR NE (Valor Nivel exposición)	NP (ND X NE) (Nivel deficiencia X Nivel Exposición)	Interpretación NP (Nivel Probabilidad)	NC (Nivel Consecuencia)	NR (Nivel Riesgo) NP X NC	Interpretación NR	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	NUMERO DE EXPUESTOS				CONSECUENCIA	EXISTENCIA DE REQUISITO LEGAL ESPECIFICO O ASOCIADO (SI/NO)	ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS / ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL Y COLECTIVO
																	PLANTA	CONTRATISTAS	PASANTES	VISITANTES							
Biológico	* Exposición directa a colaboradores y/o usuarios portadores de enfermedades bacterianas o virales	* Relación con el Ciudadano	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Contagio y propagación de virus (gripa, fiebre amarilla, hepatitis,dengue, entre otras)	* NINGUNO	* NINGUNO	* Uso de Elementos de Protección Personal-EPP * Socialización de la Guia de control operacional peligros significativos de seguridad y salud en el trabajo * Campañas de promoción y prevención P y P	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	MALE CON CONTROL ESPECIFICO		4		0	* ENFERMEDAD COMUN	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Divulgación de la Guia de Control Operacional Peligros Significativos de Seguridad y Salud en el Trabajo * Divulgación de manuales de buenas practicas * Limpieza y desinfección diaria en el lavado de baños y superficies * Jornada de promoción y prevención * Capacitaciones y/o Sensibilizaciones y/o Socializaciones	* Elementos de Protección Personal-EPP * Sensibilización en el uso adecuado de Elementos de Protección Personal-EPP * Seguimiento a entrega y reposición de Elementos de Protección Personal-EPP
Natural	* Ocurrencia actividad sísmica de acuerdo con la ubicación geográfica	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lesiones * Golpes * Muerte * Pollsumatismos	* NINGUNO	* Socialización rutas de evacuación, sistema de alarmas, señales y puntos de encuentro * Mantenimiento preventivo de infraestructura * Mantenimiento correctivo de infraestructura	* Capacitación prevención, preparación y respuesta ante emergencias * Botiquines cargado para brigadistas * Capacitación, sensibilización prevención, preparación y respuesta ante emergencias sismicas * Realizar planes activos de acuerdo con la cartilla publicada	2	1	2	Bajo (B)	25	50	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE * SUICIDIO	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar plan de aguda rutas * Articulo 24 entidades Gestión del Riesgo de Desastres * Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacros de emergencias * Dotación elementos para la atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Activación plan de contingencia	* Entrega de Elementos de Protección Personal-EPP y brigadistas
Biomecánico	* Movimientos repetitivos por ocasión de la labor * Posturas prolongadas y/o mantenidas	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Almacenamiento * Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lumbalgia ocupacional	* NINGUNO	* Inspección puesto de trabajo	* Realizar pausas activas de acuerdo con la cartilla publicada * Ejecución del Programa de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención de Desordenes Musculoesqueléticos-DME * Capacitación de riesgo ergonomia de acuerdo a matriz de identificación epidemiologia ocupacional peligro psicosocial	2	1	2	Bajo (B)	10	20	IV	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar jornadas de pausas activas * NINGUNO	* Sensibilización en el uso adecuado de elementos de confort * Seguimiento a entrega y reposición de elementos de confort
Psicosocial	* Exposición demanda de carga mental por agremio de tiempo o el contenido mismo de la tarea (información confidencial, funciones de alta responsabilidad, tareas monotonas y minuciosas)	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Enfermedades mentales o del comportamiento	* NINGUNO	* NINGUNO	* Capacitación epidemiología ocupacional peligro psicosocial * Participación en talleres de riesgo psicosocial * Participación actividades del plan de bienestar * Pausas activas cognitivas	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Actividades programa de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas * Actividades programa de vigilancia epidemiológica ocupacional peligro psicosocial * Divulgación estrategias de sensibilización (cortes viajes pausas informativas carreteras y otros)	* NINGUNO
Orden Público	* Agresión física contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Agresión verbal contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Amenazas * Hurtos al colaborador en áreas cercanas a las instalaciones donde opera el ICBF * Hurtos al colaborador dentro de las instalaciones de la operación del ICBF	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Lesiones * Golpes * Heridas * Afectación de la salud mental o del comportamiento * Pérdidas económicas (accidentes de trabajo, daños a la infraestructura, multas, sanciones)		* Sistemas de vigilancia (cámaras, botones de pánico) * Plan de emergencias * Activación de entidades externas (policía, fiscalía, ejercito entre otras)	* Inducción y reinducción * Sensibilización medidas de seguridad * Taller psicosocial de prevención de amenazas	2	2	4	Bajo (B)	25	100	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacro emergencias y contingencias * Elementos atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Lineas de emergencias * Activación entidades externas (policía, fiscalía, ejercito, etc.) * Mantenimiento sistemas de	* NINGUNO
Peligros											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														

	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DISTERMINACIÓN DE CONTROLES	F2.G3.M1	3/04/2020
		Versión: 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

GEDE	Regional
REGIONAL	Huila
CENTRO ZONAL	La plata
FECHA DE VALORACIÓN	15/04/2024

APROBÓ	
REVISÓ	
ELABORÓ	DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE

PELIGRO		PROCESO	DESCRIP ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	EFECTOS POSIBLES	DESCRIPCIÓN DE CONTROLES EXISTENTES			EVALUACIÓN DEL RIESGO							VALORACIÓN	CRITERIOS PARA CALIFICACIÓN CONTROLES						MEDIDAS DE INTERVENCIÓN				
CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN			ACTIVIDAD RUTINARIA NO RUTINARIA		FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	VALOR ND (Valor Nivel deficiencia)	VALOR NE (Valor Nivel exposición)	NP (ND X NE) (Nivel deficiencia X Nivel Exposición)	Interpretación NP (Nivel Probabilidad)	NC (Nivel Consecuencia)	NR (Nivel Riesgo) NP X NC	Interpretación NR	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	NUMERO DE EXPUESTOS				CONSECUENCIA	EXISTENCIA DE REQUISITO LEGAL ESPECIFICO O ASOCIADO (SI/NO)	ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROLES DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS / ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL Y COLECTIVO
																	PLANTA	CONTRATISTAS	PASANTES	VISITANTES							
Biológico	* Exposición directa a colaboradores y/o usuarios portadores de enfermedades bacterianas o virales	* Relación con el Ciudadano	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Contagio y propagación de virus (gripa, fiebre amarilla, hepatitis,dengue, entre otras)	* NINGUNO	* NINGUNO	* Uso de Elementos de Protección Personal-EPP * Socialización de la Guia de control operacional peligros significativos de seguridad y salud en el trabajo * Campañas de promoción y prevención P y P	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	MALE CON CONTROL ESPECIFICO		4		0	* ENFERMEDAD COMUN	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Divulgación de la Guia de Control Operacional Peligros Significativos de Seguridad y Salud en el Trabajo * Divulgación de manuales de buenas practicas * Limpieza y desinfección diaria en el lavado de baños y superficies * Jornada de promoción y prevención * Capacitaciones y/o Sensibilizaciones y/o Socializaciones	* Elementos de Protección Personal-EPP * Sensibilización en el uso adecuado de Elementos de Protección Personal-EPP * Seguimiento a entrega y reposición de Elementos de Protección Personal-EPP
Natural	* Ocurrencia actividad sísmica de acuerdo con la ubicación geográfica	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lesiones * Golpes * Muerte * Pollsumatismos	* NINGUNO	* Socialización rutas de evacuación, sistema de alarmas, señales y puntos de encuentro * Mantenimiento preventivo de infraestructura * Mantenimiento correctivo de infraestructura	* Capacitación prevención, preparación y respuesta ante emergencias * Botiquines cargado para brigadistas * Capacitación, sensibilización prevención, preparación y respuesta ante emergencias sismicas * Realizar planes activos de acuerdo con la cartilla publicada	2	1	2	Bajo (B)	25	50	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE * SUICIDIO	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar plan de aguda rutas * Articulo 24 entidades Gestión del Riesgo de Desastres * Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacros de emergencias * Dotación elementos para la atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Activación plan de contingencia	* Entrega de Elementos de Protección Personal-EPP y brigadistas
Biomecánico	* Movimientos repetitivos por ocasión de la labor * Posturas prolongadas y/o mantenidas	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano	* Almacenamiento * Archivo * Atención al Público * Labores Administrativas	NO	* Lumbalgia ocupacional	* NINGUNO	* Inspección puesto de trabajo	* Realizar pausas activas de acuerdo con la cartilla publicada * Ejecución del Programa de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención de Desordenes Musculoesqueléticos-DME * Capacitación de riesgo ergonomia de acuerdo a matriz de identificación epidemiologia ocupacional peligro psicosocial	2	1	2	Bajo (B)	10	20	IV	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementar jornadas de pausas activas * NINGUNO	* Sensibilización en el uso adecuado de elementos de confort * Seguimiento a entrega y reposición de elementos de confort
Psicosocial	* Exposición demanda de carga mental por agremio de tiempo o el contenido mismo de la tarea (información confidencial, funciones de alta responsabilidad, tareas monotonas y minuciosas)	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Enfermedades mentales o del comportamiento	* NINGUNO	* NINGUNO	* Capacitación epidemiología ocupacional peligro psicosocial * Participación en talleres de riesgo psicosocial * Participación actividades del plan de bienestar * Pausas activas cognitivas	2	2	4	Bajo (B)	10	40	II	ACEPTABLE					* ENFERMEDAD LABORAL	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Actividades programa de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas * Actividades programa de vigilancia epidemiológica ocupacional peligro psicosocial * Divulgación estrategias de sensibilización (cortes viajes pausas informativas carreteras y otros)	* NINGUNO
Orden Público	* Agresión física contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Agresión verbal contra la integridad de colaboradores en las instalaciones del ICBF o durante el desarrollo de sus actividades. * Amenazas * Hurtos al colaborador en áreas cercanas a las instalaciones donde opera el ICBF * Hurtos al colaborador dentro de las instalaciones de la operación del ICBF	* Promoción y Prevención * Protección * Relación con el Ciudadano * Servicios Administrativos	* Atención al Público * Labores Administrativas	SI	* Lesiones * Golpes * Heridas * Afectación de la salud mental o del comportamiento * Pérdidas económicas (accidentes de trabajo, daños a la infraestructura, multas, sanciones)		* Sistemas de vigilancia (cámaras, botones de pánico) * Plan de emergencias * Activación de entidades externas (policía, fiscalía, ejercito entre otras)	* Inducción y reinducción * Sensibilización medidas de seguridad * Taller psicosocial de prevención de amenazas	2	2	4	Bajo (B)	25	100	II	ACEPTABLE					* ACCIDENTE	SI	* NINGUNO	* NINGUNO	* NINGUNO	* Implementación plan de emergencias y contingencias * Simulacro emergencias y contingencias * Elementos atención de emergencias * Brigada de emergencias capacitada y entrenada * Lineas de emergencias * Activación entidades externas (policía, fiscalía, ejercito, etc.) * Mantenimiento sistemas de	* NINGUNO
Peligros											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														
											0	0		0														

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 1	
Hora: 7:00 Am	**Fecha: 16 de abril del 2024**
Lugar:	**SEDE GARZON**
Dependencia que Convoca:	**APOYO COORDINACION**
Proceso:	**PROTECCION, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Socializar el equipo de trabajo y realizar inducción al puesto de trabajo.**

Agenda:

- Presentación Personal SIGE
- Misión, Visión, Objetivos Estratégico, Política Ambiental
- Inducción al puesto de trabajo

Desarrollo:

- **El representante del SIGE realiza visita a cada uno de las sedes de las zonas con el fin de dar a conocer información importante a cada uno de los colaboradores, realizar inspecciones de seguridad, recomendaciones al respecto e inducción al puesto de trabajo.**
- **Se socializa la MISION, VISION, OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y POLITICA AMBIENTAL DEL ICBF**
- **Se realizan las inspecciones de seguridad de cada hogar y se dan recomendaciones.**
- **Se realizan las respectivas inducciones al puesto de trabajo**

PUBLICA

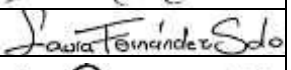
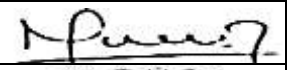
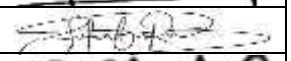
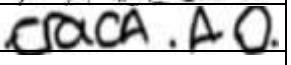
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Decisiones:

Finaliza la reunión a las 12 del día 16 del mes abril del 2024

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Daniel Fernando Vargas Andrade	SIGE	FSYTC	
Laura Fernández Soto	PSICOLOGA	FSYTC	
María Alejandra Trujillo Avendaño	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	FSYTC	
Jessica Lorena Garzón Rodríguez	GESTORA	FSYTC	
Erica Alvario Ortiz	TRABAJADORA SOCIAL	FSYTC	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	16 DE JUNIO DEL 2024	7:00 AM	SEDE ZONA

PUBLICA

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 1	
Hora: 7:00 Am	**Fecha: 15 de abril del 2024**
Lugar:	**SEDE GARZON**
Dependencia que Convoca:	**APOYO COORDINACION**
Proceso:	**PROTECCION, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Socializar el equipo de trabajo y realizar inducción al puesto de trabajo.**

Agenda:

- Presentación Personal SIGE
- Misión, Visión, Objetivos Estratégico, Política Ambiental
- Inducción al puesto de trabajo

Desarrollo:

- **El representante del SIGE realiza visita a cada uno de las sedes de las zonas con el fin de dar a conocer información importante a cada uno de los colaboradores, realizar inspecciones de seguridad, recomendaciones al respecto e inducción al puesto de trabajo.**
- **Se socializa la MISION, VISION, OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y POLITICA AMBIENTAL DEL ICBF**
- **Se realizan las inspecciones de seguridad de cada hogar y se dan recomendaciones.**
- **Se realizan las respectivas inducciones al puesto de trabajo**

PUBLICA

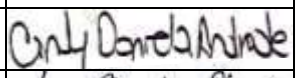
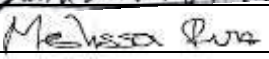
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Decisiones:

Finaliza la reunión a las 12 del día 15 del mes abril del 2024

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Daniel Fernando Vargas Andrade	SIGE	FSYTC	
PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ	PSICOLOGA	FSYTC	
CINDY DANIELA ANDRADE RIVERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	FSYTC	
LAURA DANIELA ULCUNCHE	GESTORA	FSYTC	
MELISA RUIZ CASTRO	TRABAJADORA SOCIAL	FSYTC	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	15 DE JUNIO DEL 2024	7:00 AM	SEDE ZONA

PÚBLICA

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	DIANA ALEJANDRA BARRAGAN
CARGO	COORDINADORA
PROCESO	INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO	EDDY PAHOLA AGORRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	PAOLA ANDREA MARIN
CARGO	PSICOLOGA.
PROCESO	HOGAR SOSTITUTA
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PAHOLA AGORRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01/06/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: 10/06/2024. ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Campilado de reemplazo

Quien realiza la inducción

Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: YUDY BARBACAN
CARGO: COORDINADORA
PROCESO: INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO: YUDY PATRICIA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: CINDI DANIELA ARDILADE. RIVERA.
CARGO: AUXILIAR
PROCESO: INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO: YUDY PATRICIA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐
☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la Induccion: Fecha de Inicio _____ Fecha de Terminación _____

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	capacitacion y orientacion	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	capacitacion y orientacion	X	
3	manual de funciones	capacitacion y orientacion	X	
4	cronogramas de actividades	capacitacion y orientacion	X	
5	codigo etico	capacitacion y orientacion	X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido	capacitacion y orientacion	X	
	trabajo en equipo, buen tratoo	capacitacion y orientacion	X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI	☒	NO	☐	NA	☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI	☒	NO	☐	NA	☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI	☒	NO	☐	NA	☐
¿Recibió inducción general?	SI	☒	NO	☐	NA	☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI	☒	NO	☐	NA	☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI	☒	NO	☐	NA	☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yudy Barbacan
Quien realiza la inducción

Cindy Daniela Andrade
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yudy Barragan
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yudy Paola Barragan
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Laura Daniela Alcoche
CARGO	Gestor
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yudy Paola Barragan
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la Induccion: Fecha de Inicio _____ Fecha de Terminación _____

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: 01/07/2021 ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	capacitacion y orientacion	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	capacitacion y orientacion	✓	
3	manual de funciones	capacitacion y orientacion	✓	
4	cronogramas de actividades	capacitacion y orientacion	✓	
5	codigo etico	capacitacion y orientacion	✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido	capacitacion y orientacion	✓	
	trabajo en equipo, buen tratoo	capacitacion y orientacion	✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☑	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yudy Barragan
Quien realiza la inducción

Quien recibe la inducción

Laura Daniela Alcoche.
Quien realiza la verificación (Jefe)

Scanned with MOBILE SCANNER

YO TE CUIDO

INDUCCIÓN

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: Yuby Alejandra Bamaga M
CARGO: Coordinadora
PROCESO: Hogar sustituto
NOMBRE JEFE INMEDIATO: Paola Aguirre Rosado
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: Melisso Yoiz Castro
CARGO: Trabajadora social
PROCESO: Hogar sustituto
NOMBRE JEFE INMEDIATO: Paola Aguirre Rosado
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01/04/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024

TEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dia despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: 01/04/24 ¿La explicación dada fue suficient para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		✓	
3	manual de funciones		✓	
4	cronogramas de actividades		✓	
5	codigo etico		✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		✓	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

	SI	NO	NA
Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	☒	☐	☐
Se socializaron los manuales propios del proceso?	☒	☐	☐
Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	☒	☐	☐
Recibió inducción general?	☒	☐	☐
Las funciones a realizar fueron comprendidas?	☒	☐	☐
Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	☒	☐	☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-01

Yuby Bamaga
Quien realiza la inducción

Melisso Yoiz
Cumplido de reemplazo
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	YUDY ALEJANDRA BARRAGAN
CARGO	COORDINADORA.
PROCESO	HOGAR SUSTITUTO
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PATRICIA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	MARIA ALEJANDRA TRUJILLO
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PROCESO	HOGAR SUSTITUTO
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PATRICIA AGUIRRE LOSADA
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☑

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la inducción: Fecha de Inicio 01/04/2024. Fecha de Terminación

ITEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) días despues de haber recibido la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guías del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☑	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yudy Barragan
Quien realiza la inducción

MARIA ALEJANDRA TRUJILLO
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	YUDI ALEJANDRA BARRAGAN
CARGO	CUIDADORA
PROCESO	INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PAULA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	ERICA AURELIO ORTIZ
CARGO	TRABAJADORA SOCIAL
PROCESO	INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PAULA AGUIRRE.
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01-04-24 Fecha de Terminación 01-04-24

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	capacitacion y orientacion	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	capacitacion y orientacion	✓	
3	manual de funciones	capacitacion y orientacion	✓	
4	cronogramas de actividades	capacitacion y orientacion	✓	
5	codigo etico	capacitacion y orientacion	✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido	capacitacion y orientacion	✓	
7	trabajo en equipo, buen tratoo	capacitacion y orientacion	✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☑	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

ERICA . A O.
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Scanned with MOBILE SCANNER

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 1	
Hora: 7:00 Am	**Fecha: 15 de abril del 2024**
Lugar:	**SEDE GARZON**
Dependencia que Convoca:	**APOYO COORDINACION**
Proceso:	**PROTECCION, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Socializar el equipo de trabajo y realizar inducción al puesto de trabajo.**

Agenda:

- Presentación Personal SIGE
- Misión, Visión, Objetivos Estratégico, Política Ambiental
- Inducción al puesto de trabajo

Desarrollo:

- **El representante del SIGE realiza visita a cada uno de las sedes de las zonas con el fin de dar a conocer información importante a cada uno de los colaboradores, realizar inspecciones de seguridad, recomendaciones al respecto e inducción al puesto de trabajo.**
- **Se socializa la MISION, VISION, OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y POLITICA AMBIENTAL DEL ICBF**
- **Se realizan las inspecciones de seguridad de cada hogar y se dan recomendaciones.**
- **Se realizan las respectivas inducciones al puesto de trabajo**

PUBLICA

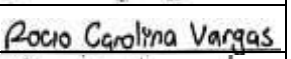
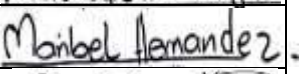
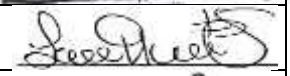
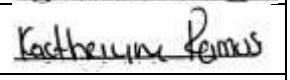
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Decisiones:

Finaliza la reunión a las 12 del día 15 del mes abril del 2024

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Daniel Fernando Vargas Andrade	SIGE	FSYTC	
ROCIO CAROLINA VARGAS PAEZ	PSICOLOGA	FSYTC	
MARIBEL HERNANDEZ LOZANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	FSYTC	
LINA MARIA SUAREZ LLANOS	GESTORA	FSYTC	
KATERINE RAMOS	TRABAJADORA SOCIAL	FSYTC	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	15 DE JUNIO DEL 2024	7:00 AM	SEDE ZONA

PÚBLICA

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO**

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yuby Alexandra Ramayan
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Aguim.
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Katherine Ramos
CARGO	Trabajadora Social
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yudy Paola Aguim Tuta
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio _____ Fecha de Terminación _____

ITEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI	X	NO	X	NA	☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Recibió inducción general?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI	X	NO	☐	NA	☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yuby Ramayan
Quien realiza la inducción

Katherine Ramos
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Scanned with MOBILE SCANNER

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yudy Alejandra Bomagen
CARGO	coordinador
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Agudelo
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☒ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Ana Maria Suarez
CARGO	gestora de cuidado
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Agudelo
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01/04/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024

ITEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) d... después de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficien... para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen trato		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yudy Bomagen
Quien realiza la inducción

Ana Suarez
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO**

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	YUDI ALEJANDRA BARRAGAN
CARGO	CORDINACION
PROCESO	INDUCCION
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PAHOLA AGUIRRE.
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	MARIBEL HERNANDEZ
CARGO	AUXILAR ADMINISTRATIVA.
PROCESO	INDUCCIÓN
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PAHOLA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la Induccion: Fecha de Inicio 01-04-24 Fecha de Terminación 01-04-24

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	capacitacion y orientacion	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	capacitacion y orientacion	X	
3	manual de funciones	capacitacion y orientacion	X	
4	cronogramas de actividades	capacitacion y orientacion	X	
5	codigo etico	capacitacion y orientacion	X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido	capacitacion y orientacion	X	
7	trabajo en equipo, buen tratoo	capacitacion y orientacion	X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Recibió inducción general?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI	X	NO	☐	NA	☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

Maribel Hernandez.
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO**

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yudi Alejandra Barragan
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Aguirre
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Rocio Carolina Vargas
CARGO	Psicologa
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Aguirre
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la Induccion: Fecha de Inicio 1-9-2021 Fecha de Terminación 1-9-2029

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	capacitacion y orientacion	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	capacitacion y orientacion	X	
3	manual de funciones	capacitacion y orientacion	X	
4	cronogramas de actividades	capacitacion y orientacion	X	
5	codigo etico	capacitacion y orientacion	X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido	capacitacion y orientacion	X	
7	trabajo en equipo, buen tratoo	capacitacion y orientacion	X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Recibió inducción general?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI	X	NO	☐	NA	☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI	X	NO	☐	NA	☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

Rocio Carolina Vargas
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Scanned with MOBILE SCANNER

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 1	
Hora: 7:00 Am	**Fecha: 18 de abril del 2024**
Lugar:	**SEDE NEIVA**
Dependencia que Convoca:	**APOYO COORDINACION**
Proceso:	**PROTECCION, RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Socializar el equipo de trabajo y realizar inducción al puesto de trabajo.**

Agenda:

- Presentación Personal SIGE
- Misión, Visión, Objetivos Estratégico, Política Ambiental
- Inducción al puesto de trabajo

Desarrollo:

- **El representante del SIGE realiza visita a cada uno de las sedes de las zonas con el fin de dar a conocer información importante a cada uno de los colaboradores, realizar inspecciones de seguridad, recomendaciones al respecto e inducción al puesto de trabajo.**
- **Se socializa la MISION, VISION, OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y POLITICA AMBIENTAL DEL ICBF**
- **Se realizan las inspecciones de seguridad de cada hogar y se dan recomendaciones.**
- **Se realizan las respectivas inducciones al puesto de trabajo**

PUBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Decisiones:

Finaliza la reunión a las 12 del día 15 del mes abril del 2024

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Daniel Fernando Vargas Andrade	SIGE	FSYTC	
ANA MARIA LOZANO	PEDAGOGA	FSYTC	
DIEGO ALEJANDRO LOSADA ROMERO	FISIOTERAPEUTA	FSYTC	
HAMARA PAEZ DELGADO	NUTRICIONISTA	FSYTC	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	18 DE JUNIO DEL 2024	7:00 AM	SEDE ZONA

PUBLICA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	YODY ALEJANDRA BARRAGAN
CARGO	COORDINADORA
PROCESO	HOGAR SUSTITUTO
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PATRICIA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	ANA MARIA LOZANO
CARGO	PROFESIONAL DE AREA
PROCESO	HOGAR SUSTITUTO
NOMBRE JEFE INMEDIATO	PATRICIA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☐

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio _____ Fecha de Terminación _____

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) d después de haber recibidcia la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: ¿La explicación dada fue suficier para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		✓	
3	manual de funciones		✓	
4	cronogramas de actividades		✓	
5	codigo etico		✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		✓	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
as funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
ue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yody Barragan
Quien realiza la inducción

ANA MARIA LOZANO
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yuby Argandoña Barraza.
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Modalidad Hogar Sustituto
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yuli Paola Aguirre Lozada C.
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Diego Alejandro Lozada Roman
CARGO	Psicologo(a)
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yuli paola aguirre lozada
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la inducción: Fecha de Inicio 21/04/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024.

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibido la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen trato		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Yuby Barraza
Quien realiza la inducción

Diego Lozada R.
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL

YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Yudy Alejandra Bamoyón Cruz
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Jornada de inducción
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Agum Tobar
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Hamary Ruiz Delgado
CARGO	Nutricionista
PROCESO	Jornada de inducción
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Agum Tobar
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01/04/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibido la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		✓	
3	manual de funciones		✓	
4	cronogramas de actividades		✓	
5	codigo etico		✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		✓	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-01 Cumplido de reemplazo

Yudy Bamoyón
Quien realiza la inducción

Hamary Ruiz
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

PLAN DE EMERGENCIAS Y SIMULACRO

PÚBLICA

SEDE NEIVA, LA PLATA, GARZON Y PITALITO.

8 DE ABRIL DE 2024

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

Plan de emergencias y contingencias

Introducción

En un mundo en constante cambio, donde los riesgos naturales y humanos pueden impactar nuestras vidas en cualquier momento, es fundamental contar con un plan de emergencias sólido y bien estructurado. Ya sea frente a desastres naturales, crisis sanitarias, accidentes industriales o situaciones de conflicto, la preparación y la capacidad de respuesta son clave para minimizar los daños y proteger a las personas, los bienes y el medio ambiente.

Este documento presenta el Plan de Emergencias de la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, diseñado para proporcionar una guía clara y efectiva en caso de emergencia. Con el compromiso de salvaguardar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados, este plan establece procedimientos, protocolos y recursos necesarios para una respuesta rápida, coordinada y eficiente ante cualquier situación de crisis.

A través de la colaboración y la preparación activa de todos los miembros de nuestra organización/comunidad, estamos decididos a enfrentar los desafíos que puedan surgir, garantizando la protección de la vida humana, la preservación de los activos y la continuidad de nuestras operaciones. Este plan es una herramienta vital en nuestro compromiso de estar preparados para lo inesperado y de mantener la resiliencia frente a la adversidad.

La elaboración y aplicación de un plan de emergencias es un pilar fundamental en la gestión de riesgos y la protección de vidas, bienes y el medio ambiente. Su importancia radica en varios aspectos cruciales:

Prevención de Pérdidas Humanas y Materiales: Un plan de emergencias bien estructurado permite anticiparse a situaciones críticas y adoptar medidas preventivas para minimizar el impacto de los eventos adversos. Esto incluye la identificación de riesgos potenciales, la implementación de medidas de seguridad y la capacitación del personal para actuar de manera segura en caso de emergencia.

Respuesta Eficaz y Coordinada: En momentos de crisis, la capacidad de respuesta rápida y coordinada es esencial para mitigar los daños y salvar vidas. Un plan de emergencias detalla los roles y responsabilidades de cada miembro del equipo, establece canales de comunicación claros y define los procedimientos de actuación, lo que facilita una respuesta eficiente ante cualquier situación de emergencia.

Reducción del Tiempo de Recuperación: Contar con un plan de emergencias ayuda a reducir el tiempo necesario para recuperarse de una crisis. Al tener protocolos establecidos,

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

PUBLICA

se agilizan las acciones de rescate, evacuación, atención médica y restauración de operaciones, lo que minimiza el impacto en la continuidad del negocio y acelera la vuelta a la normalidad.

Cumplimiento de Normativas y Regulaciones: En muchos casos, la elaboración de un plan de emergencias es un requisito legal o regulatorio. Cumplir con estas normativas no solo garantiza el cumplimiento de la ley, sino que también demuestra un compromiso con la seguridad y el bienestar de las personas y el entorno.

Fortalecimiento de la Resiliencia: Un plan de emergencias no solo prepara a una organización o comunidad para enfrentar situaciones de crisis inmediatas, sino que también contribuye a su capacidad de adaptación y resiliencia a largo plazo. Al revisar y actualizar periódicamente el plan, se incorporan lecciones aprendidas y se mejoran las estrategias de respuesta ante emergencias futuras.

En cumplimiento del Decreto 1072 de 2015 en su artículo 2.2.4.6.25 o la norma que lo modifique o sustituya, como estrategia para minimizar las consecuencias que sobrevengan por una amenaza de origen natural, social o antrópica no intencional que generen perjuicio sobre la salud e integridad de las personas, el medio ambiente, la seguridad de la información y bienes.

Objetivos

Objetivo General
Disponer de una estructura de respuesta a cualquier emergencia, que se pueda presentar en FUNDACION YO TE CUIDO. Que permita proteger la vida y la integridad física de todas las personas involucradas, incluyendo empleados, visitantes, clientes y residentes de la comunidad, reducir al mínimo los daños a la propiedad y los activos de la organización o comunidad, así como también preservar el medio ambiente en la medida de lo posible, establecer procedimientos claros y eficientes para responder de manera rápida y coordinada ante cualquier situación de emergencia, con el fin de mitigar los efectos adversos y limitar su propagación, asegurar la continuidad de las actividades críticas de la organización o comunidad, incluso en situaciones de crisis, mediante la identificación de recursos alternativos y la implementación de medidas de contingencia, proteger la reputación y la imagen pública de la organización o comunidad, demostrando su capacidad para gestionar eficazmente situaciones de emergencia y proteger el bienestar de las personas, fomentar una cultura de prevención y preparación dentro de la organización o comunidad, mediante la sensibilización, la formación y el ejercicio regular de simulacros y entrenamientos y dar cumplimiento de las normativas y regulaciones locales, nacionales e internacionales relacionadas con la gestión de emergencias, así como también satisfacer los requisitos de aseguradoras y otras partes interesadas.

PÚBLICA

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

Objetivos específicos
Establecer un sistema de alerta temprana: Implementar un sistema de alerta temprana que permita detectar y comunicar de manera rápida y efectiva la ocurrencia de eventos o situaciones de emergencia.

Crear equipos de respuesta capacitados: Formar equipos de respuesta especializados y capacitados en técnicas de primeros auxilios, rescate, evacuación y control de emergencias, asignando roles y responsabilidades específicas.

Desarrollar procedimientos de evacuación: Diseñar y practicar procedimientos claros y seguros de evacuación para todas las áreas de la organización o comunidad, asegurando rutas de escape bien señalizadas y puntos de encuentro establecidos.

Garantizar el suministro de recursos críticos: Identificar y asegurar el suministro de recursos esenciales, como agua, alimentos, medicamentos y energía, durante y después de una emergencia, en colaboración con proveedores y autoridades pertinentes.

Mantener la infraestructura de emergencia: Mantener en buen estado y operativos los sistemas y equipos de emergencia, como extintores de incendios, generadores eléctricos, sistemas de comunicación y equipos de protección personal.

Establecer protocolos de comunicación: Establecer protocolos claros de comunicación interna y externa para coordinar la respuesta durante una emergencia, incluyendo canales de comunicación de emergencia y puntos de contacto designados.

Realizar simulacros y ejercicios de entrenamiento: Programar y llevar a cabo simulacros y ejercicios de entrenamiento regulares para poner a prueba la efectividad del plan de emergencias, identificar áreas de mejora y familiarizar al personal con los procedimientos de actuación.

Evaluar y actualizar el plan periódicamente: Realizar evaluaciones periódicas del plan de emergencias para identificar cambios en los riesgos, actualizar los procedimientos y garantizar su relevancia y eficacia continua.

Alcance
Este documento debe ser acogido por cada uno de los funcionarios de la FUNDACION YO TE CUIDO
.
Información general

Información Básica del Operador/contratista

	BOMBEROS OFICIALES

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

<table>
<tr><td>Actividades que desarrolla el operador/contratista</td><td>Cl. 14 #7-45 ·
315 8646154

Comando De Policía Metropolitana de Neiva
Barrio de Tenerife, Cl. 21 #12 50 ·
112

Atención por Covid-19
Línea 192, opción 4

FISCALIA
Línea 122</td></tr>
<tr><td>Descripción de la ocupación</td><td>
<table>
<tr><td>Fabian Andres Lamilla Galvis</td><td>Coordinador</td><td>3147846983</td></tr>
<tr><td>Yudy Alejandra Barragan Cleves</td><td>Coordinadora</td><td>3115661665</td></tr>
<tr><td>Paola Andrea Marin</td><td>Psicologa</td><td>3124564343</td></tr>
<tr><td>Ledi Constanza Rojas Moreno</td><td>Trabajo Social</td><td>3107865661</td></tr>
<tr><td>Hamara Paez</td><td>Nutricionista</td><td>320 3410489</td></tr>
<tr><td>Laura Daniela Olcunche Noscué</td><td>Gestor Caso</td><td>3152201069</td></tr>
<tr><td>Laura Alejandra Fernandez</td><td>Psicologa</td><td>3222386509</td></tr>
<tr><td>Karen Yesenia Alvarez Caicedo</td><td>Trabajadora Social</td><td>3138249598</td></tr>
<tr><td>Hamara Paez</td><td>Nutricionista</td><td>320 3410489</td></tr>
<tr><td>Jessica Lorena Garzon Rodriguez</td><td>Gestor Caso</td><td>3142415613</td></tr>
<tr><td>Rocio Carolina Vargas Paz</td><td>Psicologa</td><td>3132040036</td></tr>
<tr><td>Kacteryne Ramos Salazar</td><td>Trabajadora Social</td><td>320 4227379</td></tr>
<tr><td>Hamara Paez</td><td>Nutricionista</td><td>320 3410489</td></tr>
<tr><td>Lina Maria Suarez Llanos</td><td>Gestor Caso</td><td>310 5580161</td></tr>
<tr><td>Hamara Paez</td><td>Nutricionista</td><td>320 3410489</td></tr>
<tr><td>Ana Maria Losano</td><td>Pedagoga</td><td>3232290535</td></tr>
<tr><td>Diego Losada Romero</td><td>Fisioterapia</td><td>3204044382</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td></td><td>Las instalaciones se encuentran en óptimas condiciones y debidamente señalizadas tales como la red eléctrica,</td></tr>
</table>

PÚBLICA

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

Características de las instalaciones	sistemas de ventilación, redes hidrosanitarias, plantas eléctricas, rampas de acceso, zonas de parqueo y otros servicios o áreas especiales como cuartos de almacenamiento de residuos peligrosos, sustancias químicas y combustibles.

Análisis de riesgo
sensibilidad que puede afectar a la empresa o trabajador por amenazas o riesgos, y depende de la frecuencia y severidad de dichos riesgos. Esta predisposición será mayor o menor dependiendo de factores de índole físico, cultural, económico, social y estructural de la empresa.

Para establecer la vulnerabilidad de FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, se utiliza el formato RHFO15 “Análisis de vulnerabilidad”, el cual sumado con la inspección técnica permite obtener las siguientes conclusiones:

Los ítems a evaluar son las potenciales amenazas; los niveles de vulnerabilidad medidos desde la afectación a los individuos (victimas), a los materiales sus equipos a la operación de la empresa y la imagen de la compañía y el medio ambiente.
Para evaluarlos se establecen dos criterios básicos: la frecuencia y la gravedad, medida de la siguiente forma:

Frecuencia

FRECUENCIA	DEFINICION	PTOS
IMPROBABLE	Su posibilidad de ocurrencia es nula. Las condiciones no permiten que suceda, pero el riesgo está presente	1
POCO PROBABLE	Existe la posibilidad que se presente pero hasta la fecha no ha ocurrido	2
MODERADAMENTE PROBABLE	El riesgo ha ocurrido al menos en una ocasión durante el funcionamiento de la empresa.	3
FRECUENTE	El riesgo se ha presentado varias veces con consecuencias leves o potencialmente catastróficas.	4

GRAVEDAD

GRAVEDAD	DEFINICION	PTOS
INSIGNIFICANTE	Sin lesiones, o lesiones sin atención Hospitalaria	1

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

MARGINAL	Lesiones Leves que requieran atención médica o de un profesional de la salud.	2
CRITICA	Lesiones Graves con atención en un centro Hospitalario y/o incapacidad temporal.	3
CATASTROFICA	Invalidez y/o Muertes	4

MATERIALES Y/O EQUIPOS

GRAVEDAD	DEFINICION	PTOS
INSIGNIFICANTE	Menores a 15 S.M.L.M.V	1
MARGINAL	Entre 15 S.M.L.M.V a 30 S.M.L.M.V	2
CRITICA	Entre 30 S.M.L.M.V a 300 S.M.L.M.V	3
CATASTROFICA	Mas de 300 S.M.L.M.V	4

LA OPERACIÓN DE LA EMPRESA

GRAVEDAD	DEFINICION	PTOS
INSIGNIFICANTE	Suspensión inferior a 2 horas	1
MARGINAL	Suspensión entre 2 y 8 horas	2
CRITICA	Suspensión de 1 a 3 días	3
CATASTROFICA	Suspensión mayor a 3 días	4

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

IMAGEN D ELA COMPAÑÍA

GRAVEDAD	DEFINICION	PTOS
INSIGNIFICANTE	Solo es de conocimiento en la empresa no hay difusión en medios de comunicación masiva y la comunidad no se entera del evento	1
MARGINAL	La comunidad se entera y el apoyo interinstitucional es inmediato, los medios de comunicación no prestan importancia al evento.	2
CRITICA	Los medios de comunicación hacen una amplia difusión del evento, la empresa requiere de un comunicado de prensa para mejorar la imagen. Existe la posibilidad de recibir demandas instauradas por la comunidad.	3
CATASTROFICA	Los medios de comunicación hacen una amplia difusión del evento. Son un hecho las demandas de la comunidad. No es posible el apoyo interinstitucional.	4

MEDIO AMBIENTE

GRAVEDAD	DEFINICION	PTOS
INSIGNIFICANTE	Mediante el uso de elementos y/o tratamientos de fácil aplicación o de bajo costo es posible realizar un control sobre el impacto ambiental, las consecuencias son leves y los recursos se recuperan rápidamente.	1
MARGINAL	Es necesario aplicar tratamientos primarios, la recuperación de los recursos es lenta y progresiva.	2
CRITICA	Se requiere de tratamientos secundarios, estos son de alto costo y de tecnología de difícil aplicación. Los efectos sobre los recursos son devastadores y duraderos	3
CATASTROFICA	El impacto generado es de difícil recuperación y de alta duración, es necesario la aplicación de tratamientos terciarios. En algunos casos no es posible la recuperación de los recursos.	4

Después de analizar los posibles resultados de las emergencias (que pueden ocurrir), con el análisis de riesgos determinamos la vulnerabilidad de cada proceso.
Con el análisis de vulnerabilidad se realizan protocolos preventivos que permiten la preparación ante la emergencia, permitiéndonos proteger las instalaciones, personal,

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

realizar prácticas y simulacros. De esta manera reduciremos las consecuencias en caso de que ocurra cualquier incidente. La metodología a seguir será:

Identificación de las amenazas

En donde se establece la posibilidad de ocurrencia de un fenómeno o accidente, el cual puede producir un desastre al manifestarse:

DE ORIGEN TECNICO - INTERNO:

Incendios
Corto circuito
Explosiones
Fugas y/o derrames
Intoxicación con productos químicos

DE ORIGEN SOCIAL O EXTERNO:

Hurto
Desordenes civiles
Asalto
Atentados
Accidentes terrestres
Accidentes aéreos
secuestro

DE ORIGEN NATURAL:

Movimientos sísmicos
Lluvias torrenciales
inundaciones

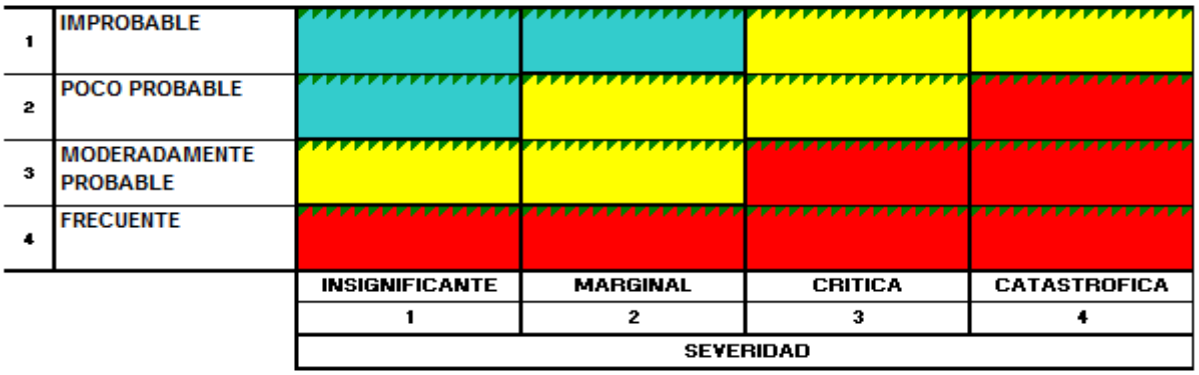
Escenarios probables de amenaza
OFICINAS ADMINISTRATIVAS
GARAJE
BODEGA
CAFETERIA
OFICINA EN CAMPO Y/O CAMPAMENTO
DORMITORIOS EN CAMPAMENTO
BODEGA EN CAMPO Y/O CAMPAMENTO
CAFETERIA EN CAMPO Y/O CAMPAMENTO

PÚBLICA

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

INTERPRETACION DEL NIVEL DE RIESGO

La evaluación del riesgo se obtiene de relacionar la probabilidad de ocurrencia de un evento con la vulnerabilidad de los elementos expuestos.



CALIFICACION DEL RIESGO

RIESGO ALTO: son las amenazas que al ser evaluadas se clasificaron en el riesgo de color rojo en la tabla anterior, Significa que, están en su punto máximo para que los efectos de un evento representen un cambio significativo en la comunidad, la economía, la infraestructura y el medio ambiente.

RIESGO MEDIO: son las amenazas que al ser evaluadas se clasificaron en el riesgo de color amarillos en la tabla anterior, Significa que las consecuencias y efectos sociales, económicos y del medio ambiente pueden ser de magnitud pero se esperan sean inferiores a los ocasionados por el riesgo alto.

RIESGO BAJO: son las amenazas que al ser evaluadas se clasificaron en el riesgo de color azul en la tabla anterior Significa que se espera que los efectos sociales, económicos y del medio ambiente representen perdidas menores.
La actividad empresarial de cualquier género y ubicación, está amenazada continuamente por eventos o hechos que constituyen peligro de pérdidas de vidas humanas, lesiones o daños económicos, de variado origen.

PLAN DE ACCION

De acuerdo a la amenaza se procederá de la siguiente forma:

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

	CONTINUAR CON EL PROCESO Y ESTABLECER MECANISMOS DE OPTIMIZACIÓN
	REALIZAR PLAN DE ACCIÓN PARA MAYOR CONTROL DEL RIESGO IDENTIFICADO, EN UN LAPSO NO MAYOR A 6 MESES
	REALIZAR CONTROL Y ADECUACIÓN DEL RIESGO IDENTIFICADO, DE MANERA INMEDIATA

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta el análisis realizado a la información obtenida mediante los instrumentos utilizados para la identificación de amenazas y las condiciones de vulnerabilidad empresarial se concluye

El riesgo de la empresa a sufrir una emergencia empresarial esta dado por la potencial acción de las amenazas identificadas y los niveles de vulnerabilidad. La relación que se da entre estos dos elementos permite inferir para la empresa un riesgo alto de incendio, cortocircuito y sismo; medio de aguaceros torrenciales; y bajo de robo, asalto y desorden civil.

A efecto de que la conformación de la brigada sea viable y se enmarque dentro de parámetros de seguridad aceptables se hacen las siguientes recomendaciones:

El riesgo de la empresa a sufrir una emergencia empresarial esta dado por la potencial acción de las amenazas identificadas y los niveles de vulnerabilidad. La relación que se da entre estos dos elementos permite inferir para la empresa un riesgo alto de incendio, cortocircuito y sismo; medio de aguaceros torrenciales; y bajo de robo, asalto y desorden civil.
Asegurar que la construcción garantice la seguridad estructural mientras se realiza la evacuación.
Proveer salidas diseñadas de acuerdo con el tamaño, forma y naturaleza del tipo de ocupación.
Asegurar que las salidas permanezcan sin obstrucciones, despejadas y sin cerraduras.
Velar porque las salidas y vías de evacuación estén claramente señalizadas en forma que no se presente confusión en alcanzar la salida.
Proveer una adecuada iluminación.
Asegurar detección temprana del fuego
Proveer salidas adicionales alternas o redundantes.
Dar cabida a criterios de diseño que vayan más allá del alcance del Código y ajustados al uso normal y a las necesidades propias de cada tipo de ocupación.

PREVENCION Y CONTROL:

PUBLICA

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

Las instalaciones locativas, muebles, máquinas, equipos y herramientas, así como materias primas, productos en proceso y producto terminado e instalaciones eléctricas son frecuentemente causa de riesgos de incendio, lo cual hace indispensable aplicar medidas de control como las que a continuación se recomiendan.

Control en la fuente. Esta modalidad de control, se lleva a cabo por diversos procedimientos, aplicados individualmente o en forma combinada de acuerdo a la situación de riesgo, mediante:

Utilización de materiales de combustión lenta. Deben fundamentarse en:

Control de focos de ignición: temperaturas altas, radiaciones, llamas abiertas, reacciones químicas.
Uso de materiales aislantes térmicos

Control en el medio de transmisión: El incendio se propaga a través de materiales combustibles y espacios que permiten la transferencia de calor, para su control se recomienda:

Interposición de muros contrafuego.
Detectores de incendio, alarmas y pulsadores
Instalación de sistemas para extinción del fuego automáticos o manuales, tales como: rociadores de funcionamiento automático o manual; hachuela y extintor y disponer de reservas de agua que garanticen un tiempo prudencial de autonomía. Igualmente, se debe contar con motobombas automáticas y de emergencias e iluminación de emergencia.
Extintores: portátiles debidamente señalizados y localizados y provistos de agentes extintores de acuerdo con la clase de carga de combustible.

Control en el trabajador o receptor. Este se hará mediante medidas administrativas (organización del trabajo), tendientes a capacitar y entrenar al personal para enfrentar situaciones de riesgo por incendio principalmente.

Equipo contra incendios.

Equipos para el control de las emergencias
Elementos y medicamentos para primeros auxilios
Manuales técnicos
Afiches y avisos
Instructivos de operación

PLANOS

PUBLICA

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

Son la guía para establecer los puntos de riesgo de la parte física, y las rutas de evacuación, la ubicación de los recursos para enfrentar las emergencias, en caso extremo la ubicación de áreas vitales en caso de colapsamiento con los puntos de riesgo adicionales.
Esta ubicación la encontramos en el RHFO16 plano de evacuación

SISTEMA DE ALARMA

la alarma es el sistema por el cual se informa al personal de FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO que algo delicado está sucediendo por lo tanto al escuchar la alarma, todos estarán en alerta a evacuar el lugar y/o para enfrentar el siniestro.
El sistema a utilizar en FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO es atreves del sistema de pitos, así:

CUANDO SE DEBE ACTIVAR LA ALARMA

Se debe dar alarma en las siguientes ocasiones:
Cuando observe la presencia de humo en grandes proporciones
Cuando se presenten daños graves en la estructura de la edificación que pongan en peligro a sus ocupantes en forma inmediata
Cuando se descubra o se sospeche la presencia de artefactos explosivos en cualquier área.

COMO ACCIONAR LA ALARMA

Comuníquese con el director de emergencias y dar la siguiente información:

Lugar
Tipo de evento
Numero de victimas
Tipo de victimas
Nombre de quien da la información

CODIGO EMPLEADO

Como el sistema de alarma es sonoro se utilizara un código de sonidos y pausas como se describe a continuación:

EVENTO	CODIGO
Reunión de la brigada	Tres veces durante 5 segundos cada vez con intervalos de 3 segundos

PÚBLICA

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

Alistamiento para evacuación	Alistamiento para evacuación 4 veces durante de 5 segundos cada vez con intervalos de 3 segundos
evacuación	Evacuación una vez durante 15 segundos

SISTEMA DE COMUNICACIÓN

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO cuenta con una línea de acceso directo en la recepción, y adicionalmente se cuentan con equipos móviles en cada uno de los puestos de trabajo que se utilizaran como sistemas de comunicación en caso de emergencias además la compañía cuenta con radios y avanteles en campo por medio de los cuales se mantiene la comunicación oportuna.
Los mecanismos de comunicación externa en caso de emergencia son: fax, teléfonos fijos. Teléfono celular

PLAN DE EMERGENCIAS ESPECIFICAS

Para garantizar una respuesta inmediata a las diferentes clases de emergencia se tiene los siguientes pasos que son aplicables a las actividades administrativas y operativas.
FUGA Y/O DERRAMES DE PRODUTOS QUIMICOS Y COMBUSTIBLES

Medidas preventivas

Programa de capacitación sobre manejo de derrames químicos
Normas de almacenamiento, transporte y manipulación de productos químicos.
Disponibilidad de elementos para el control de derrames y/o fugas.
Informe a Salud Ocupacional Inmediatamente
Desaloje y señalice el área afectada.
No arroje agua sobre el producto derramado.
Tenga siempre los Teléfonos de los fabricantes de los productos químicos.

Acciones de Control

Colóquese el equipo de protección personal completo: Botas, Overol impermeable, respirador, casco visor, Guantes de caucho.
Verifique el tipo de producto derramado, su toxicidad, inflamabilidad, tipo de evento químico que se presenta.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PUBLICA

Cubra los líquidos derramados con un material absorbente como cal, aserrín, arena, o tierra y manta permeable.
Espera a que el material de adsorción utilizado se empape completamente antes de colocar más o iniciar su recolección. Amontone del borde hacia el centro, procurando que el material utilizado absorba la mayor cantidad posible, recójalo en una bolsa plástica la cual debe estar en un recipiente con tapa. Dispóngalo en el área para materiales tóxicos.
En caso de derrames de productos sólidos se puede recupera la mayor parte del producto derramado para seguir utilizándolo. Par esto debe recogerlo con una pala, escoba, cepillo o brocha, ubicarlo en una bolsa plástica o recipiente con tapa, luego rotúlelo con el nombre y/o etiqueta.
Descontamine el piso con cal, dejándola actuar durante varias horas. Cubra la cal con aserrín para evitar nubes, recoja la mezcla que se ha producido en una bolsa plástica y dispóngala en el área de materiales tóxicos.
Si se han presentado salpicaduras en los estantes y/o en los envases límpielos con un trapo o estopa seca, dispóngalos posteriormente en el área de desechos tóxicos.
Al terminar se deben lavar los elementos utilizados en el proceso de recolección y los de protección. Si alguno de los anteriores no es posible de recuperar se debe desechar junto con los desechos del derrame.
Si las estibas de madera se impregnan de producto se deben dejar en un área ventilada lejos de zonas de trabajo. Solo se podrán utilizar cuando no haya rastros de producto químico.
Si el derrame es de una magnitud considerable se debe acordar con las autoridades competentes la disposición final adecuada.
INCENDIOS Y/O EXPLOSIONES DE PRODUCTOS QUIMICOS.

Las dos posibles consecuencias de una explosión son destrucción y/o incendios

Un incendio con productos químicos es un accidente particular mente grave ya que puede originar humos de alta toxicidad, además el riesgo no termina cuando se controla el incendio es necesario activar simultáneamente el procedimiento para control de derrames y/o fugas.

Medidas Preventivas

Inspección periódica de áreas de almacenamiento de productos químicos y combustibles, lo mismo que de las instalaciones eléctricas
Inventario e Inspección periódica de equipos para el control y enfrentamiento de los conatos de incendios y explosiones
Actualizaciones periódicas de conocimientos y prácticas de simulación.

Acciones de Control

Active inmediatamente el plan de emergencias
Establezca comunicación con el cuerpo de bomberos

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PÚBLICA

Si el fuego es incipiente use el extintor, además pida ayuda.
Ubique el área afectada y desplácese al lugar
Traslade los equipos necesarios para el control del incendio
Evaluación del área afectada y áreas aledañas, protegiendo del avance de las llamas y/o colapsa miento.
Iniciar el control del evento teniendo en cuenta las normas de seguridad para el control de incendios
Revisar el área y controlar otras fuentes de ignición facilitar la ventilación
Facilite la acción de los grupos de Primeros Auxilios y de Búsqueda y Rescate
Apoyar entidades externas que se presenten

INTOXICACIONES CON PRODUCTOS QUÍMICOS

Por principios en todo caso de intoxicación debe buscarse asistencia médica, aun cuando la intoxicación parezca leve.

Los primeros auxilios deben ser inmediatos y adecuados, el fin de evitar la muerte o prevenir otras complicaciones y mejorar el pronóstico de la víctima.

Medidas Preventivas

Utilice siempre los E.P.P. cuando manipule productos químicos
Verifique el estado de los envases y los rótulos o etiquetas
Transporte en según los procedimientos establecidos en el programa de manejo de productos químicos.
Almacene siguiendo las normas establecidas.

Acciones de Control

Evite el pánico
Utilice elementos de protección personal para manipulación de productos químicos
Retirar del área al afecto para evitar que se siga contaminando
Evaluación completa y rápida de la víctima
Si está salpicado o empapado retire la ropa incluyendo reloj, zapatos, pulseras.
Lave durante 15 minutos completamente al paciente con agua deshiélala o tibia (no caliente) y jabón. Lave el cuero cabelludo, y debajo de las uñas. Una vez lavado debe secarse y colocarse ropa seca.
Si se ha contaminado los ojos deben ser lavados durante 15 minutos con agua limpia, una vez terminado el lavado cubrir los ojos con una gasa limpia.
En todo caso siempre el paciente debe ser atendido por un médico.

PÚBLICA

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

INCENDIOS Y/O EXPLOSIONES QUE NO INVOLUCRA PRODUCTOS QUIMICOS DE ALTA TOXICIDAD:

No deja de ser un evento de alto riesgo, sin embargo, el no involucrar productos químicos tóxicos hace de éste un evento un poco menos peligroso, que cuando se encuentran éstos incluidos.

Medidas Preventivas

No acerque ni almacene materiales combustibles como papel o plásticos a lámparas o bombillos incandescentes.
Revise constantemente el estado de las instalaciones eléctricas.
No sobre cargue las redes eléctricas, evite conexiones provisionales.
Los combustibles líquidos y gaseosos se deben almacenar en lugares adecuados.
Cualquier instalación para el almacenamiento de combustibles debe cumplir con las normas naciones e internacionales.
Desconecte los equipos eléctricos y cierre las llaves de agua y gas al final de la jornada o al escuchar alarma de emergencia.
Inspección periódica de áreas de almacenamiento de combustibles y de las instalaciones eléctricas
Inventario e Inspección periódica de equipos para el control y enfrentamiento de los conatos de incendios y explosiones
Actualizaciones periódicas de conocimientos y prácticas de simulación.

Acciones de Control

Actúe con calma evite acciones de pánico.
Si el fuego es pequeño y encuentra cerca un extintor, utilícelo y trate de apagarlo, en caso contrario abandone el lugar dejándolo cerrado para evitar la propagación del fuego.
Comuníquese inmediatamente con la oficina de Gestión Humana y/o con el director de emergencias, indicándole el lugar del problema.
Avise a los miembros de la brigada de emergencia.
Impida el ingreso de otras personas, distintas de los brigadistas, y espere instrucciones.
Inspección periódica de áreas de almacenamiento de combustibles y de las instalaciones eléctricas
Inventario e Inspección periódica de equipos para el control y enfrentamiento de los conatos de incendios y explosiones
Actualizaciones periódicas de conocimientos y prácticas de simulación.
Establezca comunicación con el cuerpo de bomberos
Evaluación del área afectada y áreas aledañas, protegiendo del avance de las llamas y/o Colapsamiento.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PÚBLICA

Iniciar el control del evento teniendo en cuenta las normas de seguridad para el control de incendios
Revisar el área y controlar otras fuentes de ignición facilitar la ventilación
Facilite la acción de los grupos de Primeros Auxilios y de Búsqueda y Rescate
Apoyar entidades externas que se presenten

ACCIDENTES AÉREOS:

Los accidentes aeronáuticos generan daños similares a los terremotos y los incendios, por lo tanto el control de estos se debe realizar de la misma forma.

En caso de presentarse un accidente aeronáutico en la compañía, el coordinador HSEQ tendrá contacto directo con la Aeronáutica Civil y o organismo de socorro.
ACCIDENTES DE TRANSPORTE

Es consideración especial este punto ya que en el servicio de transporte se moviliza una gran cantidad de personal y de suceder un accidente se puede ver altamente afectada la compañía.

Medidas Preventivas

Cumplir con las exigencias del ministerio de Tránsito y Transporte, para la prestación del servicio de transporte especial.
Exija el programa de mantenimiento Preventivo para los vehículos de la compañía y de los contratistas de transporte.
Los conductores deben realizarse los exámenes médicos periódicos que se determinen en el departamento de Salud Ocupacional.
Actualización en normas de seguridad vial y de manejo defensivo a los conductores.
Exija a los contratistas el cumplimiento de afiliación a los sistemas de seguridad social de sus empleados o de ellos mismos.
Señalización de salidas de evacuación y calidad de estas.
Revisión periódica de los vehículos, de acuerdo con el programa de Transporte seguro de personal de Cultivos.
Designación de un coordinador de ruta, quien será ser el coordinador de evacuación del mismo.
Enseñar a todo el personal los dispositivos o controles del bus, como son control de puertas, frenos, luces, freno de seguridad, bornes de batería y otros que se tengan en el vehículo.
Distribución del personal dentro del bus:

Mujeres en los asientos centrales
Hombres en los asientos externos o de ventanas
En las salidas de emergencias se ubica un hombre por cada una de ellas

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PÚBLICA

Mujeres embarazadas en los asientos de adelante, preferiblemente en la segunda y tercera línea de sillas.
Personas obesas o robustas y con paquetes en la parte posterior.

Acciones de Control

Facilite la evacuación de los pasajeros.
Des energicé el autobús.
Controle cualquier conato de incendio o factor que lo pueda ocasionar.
Realice la clasificación de los heridos, atienda y traslade de acuerdo a las prioridades.
Comuníquese inmediatamente con la oficina para que ellos se comuniquen con las entidades de apoyo para estos casos.
De aviso a las autoridades de tránsito y/o de Policía.

TERREMOTOS
Medidas preventivas

Revisión periódica de estabilidad de las estructuras de las edificaciones
Tener presente las alertas emitidas por los medios de comunicación.
Fijar los sistemas de almacenamiento convirtiéndolos en un solo cuerpo.
No realizar modificaciones de las estructuras de la edificación sin antes conocer las partes que son estructurales o de cerramiento.
Acciones de Control

Mantenga la calma
Ubíquese debajo de una estructura sólida (mesas, escritorios)
Espere a que el terremoto termine
Apague el equipo con el que esté trabajando
Desconecte equipos eléctricos y a gas
De ser necesario desaloje el área, teniendo ene cuenta si esta presenta deterioro.

A continuación se hace una relación de los diferentes protocolos que la empresa ha desarrollado con el fin de poder hacer frente a cualquier clase de evento que pueda poner en peligro la integridad física de los funcionarios y el patrimonio de la empresa.

Fuga y/o Derrames de productos químicos y combustibles

Siendo un evento de características ambientales también se contempla como un evento de alto riesgo para los funcionarios y las instalaciones de la empresa, por eso se establecido la preparación de un grupo de funcionarios que estén actualizados a las acciones a seguir en caso de presentarse esta emergencia.

Incendios y/o Explosiones.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PÚBLICA

Por el uso y almacenamiento de productos sólidos, líquidos combustibles e inflamables, además de la alta carga combustible representada en otros elementos de uso cotidiano y de la misma construcción de las instalaciones de la empresa, se ha conformado un protocolo para el enfrentamiento a explosiones y/o Incendios
Intoxicaciones con productos químicos

La exposición a productos tóxicos dentro de la empresa es una realidad, sin embargo las medidas de prevención implementadas por la compañía minimizan probabilidad de ocurrencia de un desastre. El protocolo específico de intoxicaciones está encaminado a enfrentar cualquier tipo de evento con productos tóxicos
Terremotos

La inminencia de un movimiento sísmico es una realidad por lo cual las medidas de prevención implementadas por la compañía minimizan la probabilidad de ocurrencia de un desastre
Plan de Evacuación

La empresa ha establecido este protocolo a seguir que garanticé la salida oportuna y segura del personal

SOPORTE OPERATIVO

BRIGADA DE EMERGENCIA
El objetivo es conformar un grupo capacitado de empleados de FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, para una respuesta inmediata y especializada en los siguientes casos:

Para controlar todo incendio que se llegare a presentar.
Para brindar atención primaria, efectuar salvamento, rescate, transporte y evacuación de víctimas en caso de accidente o en caso de enfermedad.
Atender emergencias ambientales que se lleguen a presentar por cualquier desastre natural.

Funciones de los Integrantes de Brigadas

Jefe de Brigada

Para efectos operativos y de organización, la coordinación del Plan de Emergencias la ejercerá el Jefe de Brigada, función a cargo del coordinador de salud ocupacional DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE. Le corresponde activar el plan, haciendo contacto con la Gerencia, el vigía de Salud Ocupacional y los Grupos de Apoyo externos.

PÚBLICA

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

Realizará simulacros y programas de educación, capacitación y entrenamiento del personal que compone la brigada de atención de emergencias.
Determinará la seriedad de la emergencia y decidirá las acciones a seguir para controlarla.
Activará el plan de contingencia y ubicará el personal que integra la brigada de emergencias, coordinando su movilización al sitio de los hechos.
Coordinará todas las acciones necesarias que se hayan dispuesto dentro del plan de Emergencias.
Realizará un informe al Gerente para el posterior análisis del accidente
Determinar el grado de riesgo y las probables causas de la emergencia.
Identificar las necesidades de capacitación y participa en el desarrollo de la misma.
Participar en la organización y actualización del plan de emergencias.
Informar al Gerente de FUNDACION SOLCIAL YO TE CUIDO
sobre las actividades realizadas.
Informar al Gerente de FUNDACION SOLCIAL YO TE CUIDO sobre los recursos necesarios para el adecuado tratamiento, transporte y rescate de pacientes.

FUNCIONES DE LOS GRUPOS DE BRIGADA

GRUPO CONTRA INCENDIOS

ANTES

Inspección periódica de áreas
Inventario e Inspección periódica de equipos contra incendio
Asistir a capacitaciones que se programen
Realizar prácticas para actualización
Entrenamiento físico

DURANTE

Ubicar el área afectada
Trasladar los equipos necesarios para el control
Evaluar área afectada
Realizar control del evento
Revisar el área y controlar otras fuentes de ignición
Apoyar grupos de Primeros Auxilios y de Búsqueda y Rescate
Apoyar entidades externas que se presenten

PÚBLICA

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

DESPUÉS:

Inspeccionar el área afectada
Apoyar en el restablecimiento de la zona
Mantenimiento y reposición de equipos y E.P.P. utilizados
Evaluación de las maniobras
Ajuste de procedimientos

Grupo de Control de Derrames

ANTES

Inspección de áreas de almacenamiento de productos químicos y combustibles
Inspección de sistemas de transporte interno de productos químicos y combustibles
Revisión periódica de las hojas de MSDS
Inspección e inventario de los equipos y E.P.P. para control de derrames
Asistir a capacitaciones
Realizar simulaciones
Entrenamiento físico

DURANTE

Ubicar el área del evento
Trasladar equipos para control
Utilizar los E.P.P. requeridos
Limitar fuentes de ignición
Controlar fuga o derrame
Confinar el derrame
Recuperar material limpio
Recoger el sobrante con material absorbente

DESPUES

Identificar causas del derrame o fuga
Remoción de escombros
Restablecimiento del área
Mantenimiento de equipos y E.P.P. utilizados

Grupo de Evacuación

ANTES

PUBLICA

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

Conocer y dominar los planos de FUNDACION SOLCIAL YO TE CUIDO
Conocer vías de evacuación y punto de reunión final
Conocer procedimientos para evacuación
Establecer listado del personal a cargo en las evacuaciones
Discutir y practicar procedimientos

DURANTE

Informa a los ocupantes del área asignada la necesidad de evacuar
Recordarle al personal a evacuar los procedimientos
Dirigir la evacuación
Controlar brotes de pánico y/o histeria
No permitir que los ocupantes se devuelvan
Ayudar u ordenar la ayuda para el personal con limitaciones
En el punto de reunión final verificar el listado del personal asignado
Comunicar al director de la evacuación el resultado de la maniobra

DESPUES

Permanecer con los evacuados en el punto de reunión final
Verificar el área de trabajo cuando se autorice el reingreso
Dirigir el reingreso del personal del área asignada
Evaluar y ajustar los procedimientos con el director de evacuaciones
Ajustar plan de evacuación

Grupo de Primeros Auxilios

ANTES

Revisión e inventario de los equipos para tensión de heridos
Revisión periódica de los manuales de primeros auxilios
Asistir a capacitaciones y reentrenamientos
Entrenamiento físico.

DURANTE

Ubicar el área del evento
Utilizar elementos necesarios para bioseguridad
Evaluación del área y del paciente
Limitar riesgos para el auxiliador y para el paciente
Prestar primeros auxilios en forma inmediata y oportuna
Atender a los pacientes de acuerdo a recomendaciones del médico y/o profesional de la salud.

PUBLICA

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

Transportar al o a los pacientes en forma rápida y segura

DESPUES

Evaluación de la respuesta
Corrección de procedimientos
Mantenimiento, Reposición e inventario de recursos

Grupo de Búsqueda y Rescate

ANTES

Revisión de equipos propios para búsqueda y rescate
Inspección de áreas
Prácticas periódicas de búsqueda y rescate
Entrenamiento físico

DURANTE

Ubicar el área
Desplazar equipos y E.P.P.
Utilizar E.P.P.
Evaluación del área
Establecer plan de trabajo por grupos
Realizar búsqueda y rescate
Entregar pacientes al médico, al profesional de la salud o Grupo de Primeros Auxilios

DESPUES

Revisión y mantenimiento de equipos
Evaluación de procedimientos utilizados
Ajuste de procedimientos

PROCESO DE EVACUACION

En su desarrollo se han utilizado las metodologías:
Sigan las instrucciones:
Establece que cada ocupante debe conocer previamente las instrucciones a seguir en la evacuación, solo basta con dar la señal de salida para que los ocupantes ejecuten el procedimiento establecido.
Síganme:

PUBLICA

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

Sugerida por algunos en caso de grandes concentraciones de personas no entrenadas, cada líder actúa sobre grupos pequeños de 4 a 6 personas indicándoles la existencia de la amenaza y guiándolas hacia la salida.
Las principales fallas en el proceso de evacuación se relacionan con el comportamiento humano inadecuado debido a:
Desconocimiento de los procedimientos
Interpretación errada de las señales
Descontrol por temor
Curiosidad por el evento
Querer establecer la gravedad del evento
Tratar de salvar pertenencias
Devolverse por algún motivo
Encontrar vías obstruidas
Confundir las vías de escape

MECANISMOS DE EVALUACION DE EMERGENCIAS Y ACTIVACION

Detección
Tiempo transcurrido desde que se genera el peligro hasta que alguien lo reconoce.
El tiempo de detección está relacionado con:
La clase de riesgo.
Los medios de detección disponible.
El día y la hora del evento.
La actividad desarrollada en las instalaciones de la empresa.

Alarma
Tiempo transcurrido desde que se detecta el evento hasta que se comunica la decisión de evacuar al personal.

Preparación para la salida
Tiempo transcurrido desde que se comunica la decisión de evacuar hasta que sale la primera persona.

El tiempo de preparación depende de:
La organización que se tenga.
El adiestramiento del personal.

Salida
Tiempo transcurrido desde que sale la primera persona a un lugar seguro hasta que sale la última.

El tiempo de salida está relacionado con:

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PÚBLICA

Distancia a la salida.
Cantidad de personas saliendo.
Capacidad de las vías de evacuación.
Impedimentos ocasionados por el riesgo.

La formula típica para calcular el tiempo teórico de salida desarrollado por K. Togawa en edificaciones es:

$$Ts = \frac{N}{A \times K} + \frac{D}{V}$$

Dónde: Ts = Tiempo de salida.
N= No. de personas.
A= Ancho de salida en metros.
K= Constante 1.3 personas
D= Distancia total de recorrido en metros
V= Velocidad de desplazamiento = 0,6 metros/seg.

Aspectos básicos a observar en la salida:

No se deben utilizar los ascensores
Mantener un paso constante, sin correr.
Por ningún motivo devolverse.
En el caso de presencia de humo, desplazarse agachado.
Antes de salir verificar el estado de la vía.
Cerrar las puertas sin seguro al salir, la última persona.
La prioridad de evacuación en su orden debe ser: Minusválidos, ancianos, niños, mujeres y hombres.
En caso de incendio observar la secuencia de salida, así:

El piso o área del evento.
Los dos pisos superiores.
El piso inferior.
Los demás pisos superiores.
Los demás pisos inferiores.

En instalaciones de un solo piso definir la secuencia de acuerdo con las condiciones existentes.

CARGA OCUPACIONAL

La carga ocupacional es el número de personas que permanecen en las instalaciones de la empresa

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PUBLICA

El análisis de la ocupación permite evaluar la capacidad de las salidas para la evacuación de todos los ocupantes en un tiempo razonable.

OCUPACION

Industrial:
Planta de producción de mezcla asfáltica y construcción de vías.

Oficinas:
Áreas o edificios destinados para oficinas y similares.

El pánico es controlable cuando las personas conocen la existencia de pasillos y salidas de emergencia, así como de la presencia de personal que lo oriente. El pánico puede ocasionar tragedias en áreas cerradas.

Carga ocupacional fija:
La carga ocupacional fija corresponde a la totalidad de ocupantes permanentes y se debe determinar por cada área de la empresa y por piso.

Esta carga ocupacional, en el caso de varios pisos, se debe acumular empezando por el último piso.

Ejemplo: Para una instalación de tres pisos.

3er. Piso:	C.O.fija	20;	acumulada	20
2do. Piso:	C.O.fija	25;	acumulada	45
1er. Piso:	C.O.fija	29;	acumulada	74

En instalaciones de un piso también se emplea el análisis partiendo desde el área más alejada de la salida y acumulando la ocupación fija a medida que va pasando por cada área menos alejada de la salida.

Carga ocupacional esperada:
La carga ocupacional esperada es la cantidad de personas que podrían encontrarse en horas “pico”. Generalmente es la suma de la población fija más los visitantes, que constituyen la población flotante.

La población flotante se puede determinar por porcentaje en oficinas y planta entre el 10% y el 15%; en donde hay atención al público puede ser entre el 40% y el 60% de la población fija.

La capacidad máxima se calcula de acuerdo con densidades establecidas para oficinas, que es de 9 metros cuadrados por persona.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PUBLICA

En el ejemplo, anterior si el tercer piso tiene un área de 300 metros cuadrados, puede recibir una carga máxima aproximada de 33 personas. Se obtiene de dividir el área 300 metros cuadrados por la densidad 9 metros cuadrados por persona.
300 / 9 = 33 personas.

Con estos datos también se calcula el índice de ocupación, que representa el porcentaje que de la carga máxima representa la carga esperada.
Ejemplo: Para el tercer piso: carga ocupacional máxima, 33 personas; carga ocupacional fija, 20 más población flotante 2, total 22; índice de ocupación 66%. (22 / 33 = 66%)

MEDIOS DE EVACUACION

Se conoce como el camino continuo que las personas deben recorrer desde el sitio en donde se encuentren hasta alcanzar un lugar seguro, fuera de la instalación y al nivel de la calle. Se incluyen las puertas, pasillos y escaleras a utilizar. Los requerimientos para determinar los medios de evacuación:

Número de salidas.
La instalación debe tener al menos dos salidas alternas, para que se considere alterna debe estar ubicada de tal forma que un evento en el área no impida el uso de las dos.

Distancias a recorrer
Es el espacio desde donde se encuentra la persona hasta el ingreso a la salida.

Capacidad de la salida.
Se determina utilizando un factor de flujo unitario; este factor busca considerar un tiempo razonable para permitir que todos los ocupantes lleguen a un lugar seguro.

Determinación de la capacidad necesaria.
Se realiza con base en el factor de flujo. Para ocupación de oficinas, la NFPA establece este factor así: 0,762 centímetros por persona para las puertas y pasillos y 0,508 centímetros por persona para escaleras, ejemplo: En el segundo piso se tiene un pasillo de un metro, una puerta de acceso a la escalera de 0,90 metros y una escalera de 1 metro.
Capacidad del pasillo: 100cm. X 0,762 = personas.
Capacidad de puerta: 90cm. X 0,762 = 64 personas.
Capacidad de escalera: 100cm. X 0,508 = 51 personas.

Para el ejemplo, la restricción está en la escalera, que permite solo 51 personas. La carga ocupacional máxima del segundo piso es de 45 personas lo que indica que los medios de escape son suficientes.

Ductos y material combustible.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PÚBLICA

En las escaleras no deben permitirse ductos o debe estar protegido. No debe haber materiales combustibles almacenados.

Rutas disponibles de salida.
Todo el personal debe conocer la ruta principal de salida y las rutas alternas.

Puerta de Escape:
Debe estar provista de un sistema de cierre automático, cuando la carga ocupacional del área a la que sirve es mayor a 100 personas este dispositivo debe ser de tipo anti-pánico. La puerta de escape debe tener por lo menos 90 centímetros de luz, ser resistente al fuego mínimo por una hora y girar en dirección a la vía de evacuación.

Escaleras de Emergencia:
Toda escalera de emergencia debe ser de construcción fija y permanente.

Con los siguientes requisitos mínimos
Ancho libre de obstáculos: 1metro.
Altura libre mínima: 2 metro
Máxima altura entre descansos: 3.50 metros.

Barandas mínimo de: 1metro.
Pasillos de Salida:

Cualquier vestíbulo, corredor o pasaje, bajo o sobre el nivel del piso, puede permitirse como salidas, si cumplen con las especificaciones.

Capacidad de los medios de Evacuación:
Para cualquier piso, balcón u otro espacio ocupado, debe ser adecuado a la carga ocupacional.

Disposición:
Las salidas deben estar separadas entre ellas como sea posible y de tal forma que minimicen la posibilidad de que puedan bloquearse durante cualquier emergencia.

SEÑALIZACION:

Antes.
Verificar que las condiciones existentes sean adecuadas para la evacuación.
Promover los procedimientos y motivar al personal.
Registrar la lista del personal en su área.

Durante.

PÚBLICA

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

Transmitir la orden de evacuación al personal para que proceda inmediatamente.
Controlar que las acciones se desarrollen de acuerdo con los procedimientos establecidos.
Chequear la lista y si es posible verificar la presencia de todos.
Guiar al personal por la ruta principal señalando la salida.
Indicar al personal el sitio de reunión.
Buscar hasta verificar que no quede nadie en el área.
Evitar el regreso de personas.
Si es necesario indicar el cambio de ruta.
Encargarse de los visitantes y guiarlos en la evacuación.
Informar al coordinador respectivo.

Después.
Preparar el informe de los resultados de la evacuación.
Hacer la evaluación de la propia actuación en el evento.

Identificación de los Brigadistas:
Los brigadistas deben estar identificados con gorras, brazaletes o chalecos que deben tener en sus puestos de trabajo para colocarse en el momento de la actuación.

PROCEDIMIENTOS

Dada la orden de evacuación, se deben seguir los siguientes procedimientos:

Coordinador general o Jefe de brigada de evacuación.

Antes de salir.
Determinar la situación en el sitio donde se presente la emergencia
Controlar la notificación para que se realice de acuerdo con lo establecido.
Dar la orden de suspender la evacuación, si tiene las razones para hacerlo.
Dirigirse al sitio de reunión con el último grupo por la ruta establecida.

Después de salir.
Ubicarse en el sitio establecido y obtener los informes de los brigadistas.
Registrar la información suministrada por los brigadistas.
Coordinar el reingreso, cuando lo ordenen.

Después del evento.
Reunir a los brigadistas en un sitio adecuado.
Proceder a evaluar las acciones en el evento.
Analizar los resultados y si es necesario aplicar correctivos.
Procedimientos para brigadistas.

PÚBLICA

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

Antes de salir.
Si se encuentra en un piso o área diferente a la suya, evacuar de acuerdo con las recomendaciones de los brigadistas del área.
Si se encuentra en su área, colocarse el distintivo y tomar la lista del personal.
Aconsejar a las personas suspender las actividades y efectuar el salvamento definido.
Indicar la salida y el punto de reunión final.
Inspeccionar el área para verificar que en ella no se quede nadie.

Durante la salida.
Mantener contacto verbal con su grupo, repetir en forma calmada, las consignas.
Impedir el regreso de personas.
En caso de humo, hacer que el personal avance agachado.
Controlar los comportamientos inadecuados.
Auxiliar oportunamente a quien lo requiera.
Verificar que al utilizar las escaleras las puertas queden cerradas.
Si la salida está bloqueada, indicar la salida alterna.
Si no hay alternativa guiar al grupo a un sitio seguro.

Después de salir.
En sitio de reunión, verificar si todas las personas del área lograron salir.
Cualquier duda sobre la salida de una persona comunicarla al coordinador.
Informar las novedades al coordinador en el sitio de reunión.
Esperar órdenes sobre si es necesario reingresar o disolver el grupo.
Comunicar al personal, las órdenes impartidas.

Después del evento.
Diligenciar la evaluación de lo realizado.
Presentar sus conclusiones sobre los resultados, en la reunión de evaluación
Hacer su auto evaluación.

Procedimientos para empleados y trabajadores en general.

Si hay orden de evacuar, se deben seguir los siguientes procedimientos:
Si está en un área diferente a la suya, evacuar el lugar por donde lo hacen los demás.
Si está en su área, suspender las actividades y realizar las acciones de preparación.
Salir calmada pero rápidamente por la ruta establecida; cerrar las puertas después de salir.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PÚBLICA

En la escalera descender por el lado interior y no detenerse.
Si está con algún visitante no lo deje solo, hacerse acompañar.
No regresar por ningún motivo.
Usar las escaleras, no utilizar el ascensor.
En caso de humo en la ruta, avanzar agachado.
Seguir las instrucciones de los brigadistas.
Dirigirse sin demora al sitio de reunión.

Procedimientos para visitantes.

Al escuchar la alarma debe:
Si está con algún empleado, seguir sus instrucciones.
Si está solo, tomar la ruta que sigan las demás personas.
Si tiene paquetes, dejarlos en donde se encuentre.
Ir hasta el sitio de reunión con los demás y reportarse a los brigadistas, indicándoles en donde se encontraba y si dejó pertenencias.
Esperar que se autorice el ingreso de visitantes.

Priorización de escenarios

Los resultados del análisis de riesgos permiten determinar los escenarios en los que se debe priorizar la intervención. Las matrices de riesgo permiten desarrollar planes de acción y contingencia con prioridades respecto a las diferentes vulnerabilidades.

Inventario de recursos para la atención de emergencias
Relacione todos los elementos y equipos para la atención de emergencias con que cuente el operador/contratista, como, por ejemplo:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UBICACIÓN	FECHA DE INSPECCIÓN	OBSERVACIONES
Extintor	1	SEDES ZONAS	7/04/2024	NIGUNA
Gabinete contra incendios	0	SEDES ZONAS	N/A	N/A
Camilla	0	SEDES ZONAS	N/A	N/A
Botiquín	1	SEDES ZONAS	7/04/2024	NIGUNA
Señalización de emergencias	2	SEDES ZONAS	7/04/2024	NIGUNA

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PÚBLICA

Alarma de emergencias	0	SEDES ZONAS	N/A	N/A
Kit básico para la atención de derrames	0	SEDES ZONAS	N/A	N/A

Planes de acción

Como parte fundamental del plan de emergencias y contingencias definida los siguientes planes de acción:
Plan de acción general

PLAN DE ACCIÓN	PLAN GENERAL
OBJETIVO	Definir acciones orientadas a generar en los brigadistas, niños, niñas y adolescentes, visitantes, contratistas los conocimientos para actuar de manera oportuna, segura y efectiva frente a condiciones de riesgo y amenazas que puedan convertirse en una emergencia y que puedan poner en peligro su vida o integridad.
ACCIONES EN CASO DE EMERGENCIA	
ANTES	Conocer el Plan de Emergencias y Contingencias-PEC de su sede y garantizar su divulgación e implementación. Identificar las zonas más vulnerables. Reportar las condiciones de riesgo. Mantener actualizados los inventarios de recursos humanos, materiales y técnicos para la atención de una emergencia Gestionar la disponibilidad de los recursos para emergencias. Gestionar los recursos para la capacitación y entrenamiento de la brigada de emergencias y de los coordinadores de evacuación. Hacer seguimiento a la ejecución de los cronogramas de implementación del plan de emergencias y contingencias. Planear y organizar simulacros de emergencias. Identificar y dar a conocer los posibles impactos ambientales adversos producto de la emergencia.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

DURANTE	Una vez analizadas las condiciones de riesgo, activar el plan de emergencias y contingencias, si así lo amerita. Evaluación de las condiciones y magnitud de la emergencia. Corroborar el establecimiento de contacto con grupos de apoyo externo, de ser necesario. Gestionar la distribución de recursos para la atención adecuada de la emergencia. Apoyar la coordinación de las acciones operativas para la atención de emergencias. Apoyar la coordinación para el traslado de heridos a centros asistenciales. Activar las acciones para prevenir o mitigar los posibles daños ambientales ocasionados por la emergencia.
DESPUÉS	Elaborar y presentar informes sobre la emergencia, sus causas y de las acciones desarrolladas dentro del Plan de Emergencias y Contingencias-PEC. Ajustar el plan de emergencias y contingencias de acuerdo con los resultados de su implementación y su evaluación. Garantizar la reposición de los recursos utilizados.

Plan de acción contraincendios

PLAN DE ACCIÓN	CONTRAINCENDIOS
OBJETIVO	Definir y establecer las acciones de respuesta inmediata en caso de incendio en las instalaciones.
ACCIONES EN CASO DE EMERGENCIA	
ANTES	Ubicar y señalizar puertas de emergencia, salidas y rutas de evacuación en todas las áreas. Contar con mecanismos de alama de emergencias. Programar capacitación a la brigada de emergencias sobre los tipos de fuego y el uso de los extintores. Divulgar el plan de acción contra incendios. Coordinación permanente con entidades de atención de emergencias de incendios. Mantener libres de obstáculos las rutas de evacuación, salidas de emergencia y extintores.

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

	Realizar inspecciones y seguimiento al mantenimiento del sistema contra incendios. (sistema de detección de humo, sensores de calor y extintores). Efectuar inspecciones a las instalaciones, con el fin de identificar posibles fuentes generadoras de incendios. Participar activamente de las actividades de capacitación y entrenamiento programadas para la atención de emergencias. Realizar simulacros relacionados con situaciones de incendio. Realizar capacitaciones relacionadas con el madejo adecuado de sustancias químicas y/o combustibles.
DURANTE	Activar el plan de acción contra incendio. Si se trata de un conato de incendio intentar controlarlo con el extintor correspondiente al tipo de fuego; teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones: actuar siempre con seguridad, no dar la espalda al fuego, no poner en riesgo la seguridad de las personas. Activar el mecanismo de alarma y alertar a los demás brigadistas. Coordinar y dirigir las actividades de primera respuesta de control del fuego. Activar la línea de emergencia, en caso que el incendio no sea controlable.
DESPUÉS	Realizar la inspección de las instalaciones e identificar las posibles afectaciones que la estructura haya sufrido. Realizar el inventario y estado de los recursos físicos y materiales empleados en la atención de la emergencia. Elaborar el informe del incidente relacionando las características, posibles causas identificadas, recursos utilizados para la atención de la emergencia e información acerca de lesionados. Coordinar la remoción de escombros y limpieza del área, una vez controlado el connato de incendio. Gestionar el abastecimiento de los recursos utilizados en la atención de la emergencia. Determinar medidas preventivas en caso de emergencia, con el fin de disminuir el riesgo de incendio en las instalaciones.

Plan de evacuación

PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE EVACUACIÓN
OBJETIVO GENERAL	Establecer los mecanismos y procedimientos necesarios para dar a conocer el tipo de alarma, rutas de evacuación, salidas de emergencia, y punto de encuentro con el fin minimizar posibles impactos sobre la salud, ambiente y perdidas económicas.
SISTEMA DE ALARMA	

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

Descripción del Sistema de Alarma:
Código de Alarma:
PRIORIDADES DE EVACUACIÓN
En caso de evacuación la prioridad de salida es la siguiente: Personas en condiciones de discapacidad, condiciones especiales de salud, mujeres en estado de embarazo. Niños, niñas y adolescentes. Adultos mayores, mujeres. Demás personas.
RUTAS DE EVACUACIÓN

ÁREA, BLOQUE O PISO	RUTA DE EVACUACIÓN	PUNTO DE ENCUENTRO

PÚBLICA

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

ACCIONES ANTES DE EVACUACIÓN
Observar los posibles riesgos o amenazas que se puedan presentar en su área. Reconocer la ruta de evacuación y el punto de encuentro de acuerdo con su ubicación. Garantizar que las rutas y salidas de evacuación se encuentran despejadas y libres de obstáculos. Participar de las capacitaciones y simulacros que se programen. Tener disponible el directorio de entidades de apoyo. Mantener actualizado el listado de personal. Si hay personas con condiciones especiales de salud, se debe asignar un acompañante para el momento de la evacuación. Conocer todos los aspectos operativos de este plan que serán puestos en práctica en simulacros o emergencias. Verificar y socialización de las rutas de evacuación y el punto de encuentro. Participar de las capacitaciones programadas.
ACCIONES DURANTE LA EVACUACIÓN
Comunicar sobre la situación de emergencia al líder de la brigada. Buscar el apoyo de la brigada, en caso de ser una emergencia localizada. Verificar la veracidad y magnitud de la amenaza y en caso afirmativo dar la orden de evacuar y solicitar la activación de la alarma. Verificar que las personas sigan las instrucciones impartidas por los brigadistas y guiarlas hasta el punto de encuentro. Detener el tránsito vehicular en vías adyacentes que comuniquen hasta el punto de encuentro con señalización. Informar cuando se haya evacuado al personal del área a su cargo y declarar la zona como segura. Mantenga la calma. Seguir las instrucciones de brigadistas. Identificar y reportar a la brigada sobre las personas que requieren apoyo para evacuar. Evacuar rápidamente, pero sin correr, por su derecha en fila, no se detenga y no se devuelva por ningún motivo. Si se encuentra solo (en pasillo, baños) deberá unirse al primer grupo que encuentre evacuando. Diríjase al punto de encuentro. En el punto de encuentro ubíquese de acuerdo a las instrucciones impartidas. Organizar a las personas en el punto de encuentro y realizar el conteo.
ACCIONES DESPUÉS DE LA EVACUACIÓN
Esperar instrucciones del líder de la brigada. Realizar inspección y registro de afectaciones, víctimas, heridos o fallecidos, así como la validación de daños en mobiliario y estructuras. Informar el momento en que se puede retornar a las instalaciones. Retornar todos los medios y recursos empleados a su ubicación y genere el alistamiento para su potencial uso.

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

Planes de contingencia

Son los protocolos en los que se definen las políticas, los métodos y acciones para enfrentar una amenaza específica identificada de acuerdo con el análisis preliminar del riesgo. Las alertas son actos declaratorios de la magnitud y nivel de inminencia de una situación de emergencia realizados por el jefe de emergencias y pueden ser alerta verde, amarilla, naranja o roja.
Los planes de contingencia deberán contener los siguientes aspectos. A continuación se presentan los planes de contingencia diseñados para las amenazas priorizadas:

PLAN DE CONTINGENCIA	
Objetivo	Determinar acciones generales y específicas necesarias para el control de una emergencia de origen natural (terremoto, sismo o temblor), social (asonada, atentados, hurtos), o antrópicas no intenciones (incendio, derrame de sustancias químicas y/o combustibles) que pueda generar la ocurrencia de efectos adversos sobre la salud, ambiente y daños en la infraestructura.
NIVEL DE ALERTA	ACCIONES
Alerta Verde	Nivel I - Alerta Verde: En este nivel se definen todas las acciones de prevención y monitoreo; se declara cuando las expectativas de que se presente una situación o un fenómeno permiten prever la ocurrencia de un incidente de carácter peligroso para la organización y se aplica a situaciones controladas sin afectación de las condiciones normales de la comunidad. Los grupos de respuesta de la organización se encuentran en fase de preparación y capacitación. Se definen acciones de acuerdo con la emergencia, como por ejemplo: Inspeccionar cuidadosamente los vehículos de transporte de combustible y/o sustancias químicas para evitar cualquier caída de los cilindros de combustible y/o sustancias químicas. Realizar una adecuada clasificación y separación de materiales y/o residuos peligrosos. Realizar capacitación al personal sobre manejo adecuado de sustancias químicas, combustibles y manejo de residuos peligrosos.
Alerta Amarilla	Nivel II – Alerta Amarilla: En este nivel se definen las acciones de preparación y seguimiento, cuando se están creando condiciones potencialmente graves de un proceso generador del riesgo.

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

	En este nivel se debe realizar tanto el alistamiento de los recursos, suministros y servicios necesarios como la identificación de las rutas de ingreso y egreso para que intervengan los grupos de respuesta del instituto.
Alerta Naranja	Nivel III – Alerta Naranja: En este nivel se desarrollan las acciones de alarma y respuesta programada, cuando las condiciones necesarias para que se presente el incidente son inminentes y en cualquier momento se puede evidenciar.
Alerta Roja	Nivel IV – Alerta Roja: En este nivel se desarrollan las acciones de respuesta inmediata, debido a que ya se tienen manifestaciones del incidente con potencial de generar efectos adversos a las personas, los bienes, la propiedad o el ambiente. Se definen acciones de respuesta, como por ejemplo: Proceder con atención del derrame, mediante la contención y absorción de del combustible y/o sustancia química derramada utilizando material absorbente. Remover en su totalidad el combustible y/o sustancia química según el derrame, retirar el suelo contaminado, junto con el material absorbente, depositar en recipientes especializados y sellarlos, proceder con su transporte, tratamiento y disposición final mediante un gestor autorizado.

Capacitación

Con el fin de garantizar el correcto funcionamiento del plan de emergencias y contingencias se deberá desarrollar un programa de capacitación, relacione a continuación los temas, fechas e involucrados:

TEMA	DIRIGIDO A	FECHA DE CAPACITACIÓN

PÚBLICA

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

IMPLEMENTACIÓN

La implementación del plan de emergencias y contingencias implica el desarrollo de las siguientes actividades:

Sesiones de sensibilización: se programarán sesiones de divulgación del plan de emergencias y sus diferentes componentes a los colaboradores.

Estrategias de divulgación: Periódicamente se envía por correo electrónico, folletos, pancartas, tips claves sobre las actividades que se vienen desarrollando en materia de preparación de emergencias y de los aspectos para tener en cuenta en caso de presentarse una emergencia.

Capacitación y entrenamiento para la brigada: el cumplimiento del plan de capacitación establecido dirigido a brigadistas sobre temas relevantes del Plan de Emergencias.

Planificación y ejecución de simulacros. se realizarán 2 simulacros de emergencias en el año.

Cumplimiento de las actividades descritas en el plan de trabajo anual de Seguridad y Salud en el Trabajo-SST.

Seguridad vial: La realización de simulacros como mínimo una (1) vez al año y donde sea posible integrando a los organismos de socorro, comités empresariales y comunidad de tas rutas frecuentes. (Si aplica)

Implementación de planes de ayuda mutua con el de generar una asociación entre organizaciones de un mismo sector geográfico, con el ánimo de prestar una colaboración en casos de emergencia, y en condiciones normales desarrolla planes de capacitación conjuntos e intercambio de experiencias.

Evaluación económica

Una buena implementación del plan de emergencias podrá representar ayuda para la empresa, pero deberá contar con equipos mínimos que permitan reaccionar ante la emergencia.

FUNDACION SOLCIAL YO TE CUIDO , cuenta con los siguientes recursos para la implementación del plan de emergencias y contingencias Inventario de recursos internos y externos)
Equipos contra incendio
Extintores.

PÚBLICA

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

Alarma contra incendio (Pitos)
Equipos de rescate (Camilla)
Suministros de agua

Dotación personal

Monografías de seguridad
Brazalete
Botas de seguridad

Transporte de pacientes
Camilla rígida
Manilas
Inmovilizador de cuello
inmovilizadores

Botiquines de primeros auxilios
Antisépticos y soluciones
Material de curación
Material para inmovilizar
Manual de primeros auxilios
Linterna
Termómetro

PÚBLICA

CLASIFICACION DE LAS ZONAS DE EMERGENCIA

Zona de impacto

Se entiende como el área o lugar donde se registra el hecho que ocasiona la emergencia, pudiendo persistir riesgos potenciales para la extensión del siniestro ocurrido. En esta zona la circulación de personas será restringida y la evaluación de daños ambientales estará definida por el Coordinador de Salud Ocupacional y Medio ambiente.

Línea o Zona de Seguridad

Corresponde al área libre de riesgos aparentes fuera de la zona de emergencia. Circundante a la zona de impacto, en esta zona la circulación del personal será restringida.

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

Durante el desarrollo del plan de contingencia resulta primordial la participación de:

Seguridad Industrial: Responsable del aislamiento de la zona de emergencia. Hace un reconocimiento del área afectada y determina los elementos de seguridad industrial que son necesarios para el control de la emergencia.

Seguridad Física: Responsable del establecimiento de la línea y zona de seguridad. Restringe el acceso a la zona de emergencia y facilita la acción del personal de salud y de las brigadas de atención a emergencias

Evaluación de las emergencias
Para evaluar la activación de los planes de emergencia en las actividades administrativas se tiene un formato donde se evalúa el proceso de la emergencia que se aplicó, se anotan datos como:
Fecha, hora en que se escuchó la alarma, hora en que salió de la oficina
Hora en estuvo en el punto de encuentro
Persona que se negó a salir o acatar la señal de evacuación.
Aspectos generales observados (Buenos y malos)
Sugerencias para mejorar la evacuación o respuesta de emergencia

Entrenamiento y simulacros

Entrenamiento:

A Todo el personal se le divulgará los planes de emergencia antes de iniciar labores. Este entrenamiento se dará al personal durante la etapa de inducción y deberá quedar documentada.
En las instalaciones de las oficinas de Villavicencio se mantendrá un plano de las rutas de evacuación y el personal que se encuentre en las instalaciones que no sea de la compañía; la persona que está recibiendo esta visita debe responsabilizarse de guiar a esta persona a la salida de emergencia y al punto de encuentro.
En las obras se mantendrá un grupo de brigadistas entrenados en primeros auxilios básicos.

Simulacros:

La práctica conjunta o simulacro general de evacuación, debe hacerse mínimo una vez al año.

La práctica debe incluir los siguientes puntos para sincronizar la evacuación con su ejercicio:

Identificar las señales de alarma.
Recordar las instrucciones para emergencia.

PÚBLICA

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

Reconocer el sitio de reunión.
Practicar los reportes de los brigadistas.
Practicar acciones de salvamento.
Entrenar al personal nuevo.
Establecer la obligatoriedad para todo el personal.

Seguridad en las prácticas: En las prácticas es necesario observar todas las medidas de seguridad como precaución:

Establecer vigilancia general.
Siempre activar la brigada de primeros auxilios.
Avisar previamente a los interesados.
En el simulacro avisar a vecinos y autoridades.

Cada práctica debe registrarse cronológicamente y este registro deberá contener los resultados obtenidos contra lo planeado.
En toda práctica o simulacro deben registrarse los comportamientos, acciones y tiempos empleados, para esto se utilizan los formularios anexos.

Recursos estratégicos disponibles

Trabajos Operativos:

En cada sitio de trabajo habrá personal capacitado en las diferentes emergencias posibles, primeros auxilios, incendios, control de derrames y se cuenta con lo siguientes elementos de emergencia:

Suministrados por FUNDACION SOLCIAL YO TE CUIDO

Botiquín de primeros auxilios
Camilla rígida.
Extintor

Suministrados por el cliente para trabajos en campo: En algunos aplica este suministro

Ambulancia
Extintores multipropósito
Medicamentos (Suministrados por el personal autorizado)

Trabajos administrativos (Oficinas):

Botiquín de primeros Auxilios

PÚBLICA

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

Listado de centros médicos
Listado del personal con el tipo de sangre
Extintores Solkaflam
PLANES DE CONTINGENCIA Y AYUDA MUTUA

FUNDACION SOLCIAL YO TE CUIDO, mantiene actualizados los planes de contingencia de cada uno de los frentes de trabajo alineados con las políticas y procedimientos del cliente, con los respectivos contactos en caso de una emergencia (evacuación).

Se conoce como ayuda mutua para emergencias como la colaboración entre empresas de un mismo sector geográfico, con el objeto de prestarse ayuda técnica y humana ante la presencia de un evento que amenace sobrepasar o sobrepase las posibilidades propias de protección.

Este plan se recomienda ante amenazas o riesgos comunes y si después de análisis detectamos incapacidad técnica o demoras e inconvenientes para la prestación de una ayuda oportuna por parte del cuerpo de Bomberos. Se pretende con el Plan la mayor disponibilidad de recursos y menor inversión e inventario de equipos.

No debe apelarse a esta alternativa si se busca la economía de recursos del Plan de Emergencias, porque no siempre se tendrá disponible el apoyo o los recursos del vecino.

Se debe pensar en el Plan de Ayuda Mutua una vez la empresa esté debidamente preparada para las emergencias y desee aumentar la capacidad de respuesta oportuna.

Las instituciones de socorro tanto públicas como privadas son una valiosa ayuda en casos de emergencia especialmente si se han realizado contactos previos con ellas. En este sentido vale la pena identificar los recursos de salud y de socorro que se encuentren en las inmediaciones o en la región con el fin de contactarlos y lograr su intervención en casos de emergencia.

Este Plan de Ayuda Mutua tiene como características su organización previa, la compensación en el evento de inversión en cualquiera de los componentes, requiere de un coordinador por cada una de las empresas participantes y una definición de la ayuda a prestar por cada uno de ellos.

CAPACIDAD DE RESPUESTA
Responsabilidad de la atención de un evento

En Campo o zona de obras: Jefe de obra/ supervisor HSE/Jefe de la brigada.

PUBLICA

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

Personal de mayor rango de FUNDACION SOLCIAL YO TE CUIDO, que se encuentre en la locación, coordinará conjuntamente con el supervisor de HSE y el jefe de la brigada la activación del plan de emergencias.

Misión: Planea, coordina, dirige y controla el desarrollo de las actividades de respuesta a emergencias de forma tal que se cumplan los objetivos propuestos del Plan.

Actividades antes, durante y después de aplicar el plan de Emergencias:
Antes
Todo el personal de la compañía conoce el plan de emergencias.
En conjunto con los asesores de Calidad, SSOMA se revisa y actualiza los planes de emergencia de cada proyecto
Elabora los programas de capacitación, entrenamiento y simulacros y evalúa su desarrollo
Verifica que se tomen las medidas necesarias, para la identificación y control de riesgos

Identifica posibles situaciones que puedan generar lesiones y notifica para que se tomen medidas de control
Verifica que se mantengan en buen estado los elementos de emergencia
Durante
Responde a la alarma, en forma eficiente e inmediata
Determina la seriedad de la emergencia y aplica los planes de emergencia informando al Coordinador de Salud Ocupacional o al coordinador de HSE de la obra.
Está atento a su seguridad y la de las demás personas

Vela por la seguridad de bienes e instalaciones
Mantiene la comunicación con los grupos operativos
Después
Dirige y coordina las actividades de recuperación
Participa en las actividades de investigación y elabora el respectivo informe
Verifica el cumplimiento de las acciones correctivas.
Hace seguimiento de las personas que estén en el centro de salud

En Villavicencio: Área administrativa, coordinador de seguridad, salud ocupacional y ambiente, Jefe de brigada.
Funciones Generales
Dar soporte y solidez a la estructura orgánica del plan de emergencias asumiendo el liderazgo y responsabilidad desde los más altos niveles jerárquicos.
Avalar directrices, procedimientos, programas y actividades propias del plan de emergencias en fases de pre-planeamiento, entrenamiento y situaciones de emergencia.
Recibe la comunicación y activa el plan de emergencias.
Establece comunicación permanente con los coordinadores de grupo.
Estar atento a las indicaciones sobre acciones y requerimientos de los Coordinadores apoyando las labores de control.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PÚBLICA

Coordina con el Comité del Emergencias, las decisiones y acciones extraordinarias no contempladas en el pre-planeamiento para el efectivo control de la emergencia.
Coordina la entrada o salida de vehículos
Facilita la intervención de organismos públicos de emergencias.
Debe conocer los riesgos generales y particulares en la edificación.
Conocer la ubicación y uso de los extintores portátiles y la fuente de agua más próxima al edificio.
Conocer los procedimientos de Primeros Auxilios.
Conocer el procedimiento de evacuación.
Durante la emergencia la recepcionista
Notificará inmediatamente a los brigadistas cualquier evento de riesgo detectado.
Permanecer en su puesto, abrir puertas, despejar las salidas e impedir el ingreso de personas diferentes a los integrantes de las Brigadas de Emergencia y Grupos de Operación Externa.
No se permitirá la salida de ningún tipo de equipos al exterior de las edificaciones Excepto elementos de Primeros Auxilios a menos que uno de los integrantes del Comité de Emergencias los autorice.
EVALUACION Y ACTUALIZACION DEL PLAN

El plan de emergencias deberá ser revisado, evaluado y ajustado por el Coordinador de Salud Ocupacional y el personal involucrado en las áreas de influencia, a fin de verificar y valorar las amenazas, realizando los ajustes necesarios para garantizar su operatividad, antes de iniciar los trabajos.

Cada uno de los proyectos debe mantener en el archivo de HQSE toda la información acerca de los planes de emergencia de:

Evacuación de Heridos
Contra incendio
Derrames de químicos
Seguridad Física

PLAN OPERATIVO

Un plan de evacuación es el conjunto de prácticas y procedimientos ordenados que busca el desplazamiento de las personas, cuando existe un riesgo, hasta un lugar seguro o de menor riesgo; optimizando los recursos para lograr una respuesta exitosa frente a un evento que lo amerite.
La planeación de la evacuación se basa en dos grandes áreas:
Las condiciones físicas de movilización
El comportamiento humano.

SISTEMA DE DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PÚBLICA

Estos sistemas permiten darse cuenta cuando se ha iniciado un incendio u otra emergencia y notificar al personal el proceso de evacuación.

En la descripción de los sistemas de detección se debe incluir:

Clase de detectores.
Área cubierta.
Controles del sistema.

Con las alarmas o sistema de notificación se debe incluir:

Códigos de alarma.
Áreas de percepción.
Tipo y ubicación.

Se debe hacer una descripción detallada de los elementos del sistema de detección y notificación de acuerdo con las características de la empresa.
PLAN INFORMATICO

Para realizar una mejor planeación, seguimiento, evaluación y retro alimentación de todas las actividades desarrolladas y proyectadas se conformará un Comité de Emergencias, el cual sesionará periódicamente de acuerdo al avance de los trabajos.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
REPRESENTANTE LEGAL

PÚBLICA

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

Nombre del contratista

Con relación a la obligación contractual *"Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad".*

Se certifica mediante la presente que para el contrato Nº 41002102024de fecha 27 de marzo del 2024, se implementaron buenas prácticas ambientales durante la ejecución del contrato, obteniendo principalmente los siguientes resultados:

Buena práctica ambiental	Describir las actividades realizadas	Registro fotográfico
Ahorro y uso eficiente de agua	*Las llaves para el suministro de agua no tienen goteras ni daños en tuberías donde se evidencia desperdicio de agua,*	
Ahorro y uso eficiente de energía	*Los espacios de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y La plata cuenta con espacios con amplia iluminación natural lo que no requiere que en el día se deba prender bombillos.* *Del mismo modo, las sedes cuentan con bombillos ahorradores de energía .*	
Ahorro y uso eficiente de papel	*En la fundación social yo te cuido todos los documentos son impresos a doble cara siempre y cuando se requiera de manera obligatoria la presencia de la documentación en física.*	
Manejo de residuos	***Separación en la fuente**: La fundación social yo te cuido cuenta tres puntos ecológicos ubicados respectivamente en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata.*	

PÚBLICA

Dado en (ciudad), en el mes de abril de 2024

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal
C.C. 36.347.141 de Campoalegre

PÚBLICA

REQUERIMIENTO - CONSULTA - SE PITALITO 09/04/2024

REQUERIMIENTO

CIUDADANO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
TIPO DE REQUERIMIENTO	TRÁMITE
ASUNTO	Acta de inspección, vigilancia y control a establecimiento.
No. RADICADO	**PIT2024ER002485**
FECHA CREACIÓN	09/04/2024 17:48:21
OTRA ENTIDAD	
RADICADO OTRA ENTIDAD	
FECHA VENCIMIENTO	
ESTADO	ABIERTO
FECHA FINALIZADO	

RESPUESTA

No hay registros para mostrar

CONTENIDO

Cordial saludo

Por medio de la presente, la Fundación Social Yo Te Cuido solicita la visita para que sea otorgado Concepto Sanitario para la casa ubicada en la dirección: Carrera 1B número 13A -16 barrios los Andez en el municipio de Pitalito - Huila.

Lo anterior teniendo en cuenta que en la dirección mencionada operara una sede de la Fundación Social Yo Te Cuido.

Atentamente,

Fabian Andres Lamilla Galvis
Coordinador
Fundación Social Yo Te Cuido
Cel. 3147846986

ADJUNTOS

CORRESPONDENCIA EXTERNA RELACIONADA

No hay registros para mostrar

FECHA	DOCUMENTO	USUARIO
09/04/2024 17:48:21	7. CAMARA DE COMERCIO FUNDACION.pdf	9014967029
09/04/2024 17:48:21	2. RUT FUNDACION.pdf	9014967029

NOVEDADES

FECHA CREACIÓN	ESTADO	NOVEDAD	COMENTARIO
09/04/2024 05:48:21 pm	ABIERTO	EL REQUERIMIENTO SE CREÓ CON EL NÚMERO DE RADICADO PIT2024ER002485	
09/04/2024 05:48:21 pm		ACTUALIZACIÓN DOCUMENTO	EL USUARIO 9014967029 ADJUNTÓ EL DOCUMENTO: 7. CAMARA DE COMERCIO FUNDACION.pdf
09/04/2024 05:48:21 pm		ACTUALIZACIÓN DOCUMENTO	EL USUARIO 9014967029 ADJUNTÓ EL DOCUMENTO: 2. RUT FUNDACION.pdf

[1 a 3 de 3]

Secretaría de Salud Distrital

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL HUILA
ACTA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL
ESTABLECIMIENTOS DE BAJO RIESGO

SOMOS, SOMOS HUILENSES GRANDES — Gobernación del Huila

Acta No. 41396-001

INFORMACION GENERAL

OBJETO DE LA VISITA		SEGUIMIENTO DE VISITA		FECHA
Visita de oficio	X	VISITA		16-05-2024
Solicitud oficial		Visita Inicial		
Notificación consecutiva apertura		2ª Control		
Solicitud del interesado		3ª Control		

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD: Huila
DEPARTAMENTO: DISTRITO: MUNICIPIO: Neiva
FECHA DE VISITA: 16-05-2024

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón social	Fundacion Social Yo Torcido	NIT. No.	901496702-9
Dirección y Barrio	Cll 3 Sur 34 Urb. Del Prado	Teléfono	3206191997
Representante Legal	Paola Andrea Ulloa	C.C.	1075263233
Tipo de Establecimiento (subcategoría)		Observaciones	

Nº de Servicios sanitarios	2	Hombres	1	Empleados	Hombres		Personal administrativo	Hombres	
		Mujeres	1		Mujeres			Mujeres	
Agua potable	Si	Nº de tanques	A/to	Ubicación	1	Capacidad (m3)		Fecha último lavado	

POBLACION

Población estudiantil	Empleados	Hombres		Operativos	Hombres		Personal administrativo	Hombres	
		Mujeres	5		Mujeres			Mujeres	
Nº de empleados afiliados Riesgos Profesionales				Nº de empleados afiliados al Sistema de Seguridad Social					

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	
Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y debe aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento visitado y controlado)

Aspectos generales a inspeccionar	Calificación / Cumplimiento C	CP	NC	NA	OBSERVACIONES
1. CONDICIONES LOCATIVAS					
1.1. Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y mantienen en cuanto a manejo y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc.	2/	1	0	NA	
1.2. Elementos de control (extintores)	2/	1	0	NA	
1.3. Equipos de comunicación	2/	1	0	NA	
1.4. Control sanitario de vectores	2/	1	0	NA	
1.5. Sistemas de combustión de vehículos domiciliar.	2/	1	0	NA	
2. CONDICIONES SANITARIAS					
2.1. Los servicios sanitarios tienen un suministro suficiente (agua/luz) en buen y con los elementos necesarios para su servicio (papel, jabón, toalla) y diariamente visible el letrero de lavado de manos.	2/	1	0	NA	
2.2. El estado general de la edificación permite el funcionamiento adecuado y conforme a lo requerido en la legislación sanitaria.	2/	1	0	NA	
2.3. Presenta recipientes en buen estado, con tapa para almacenamiento de residuos sólidos (ordinarios, reciclables y peligrosos)	2/	1	0	NA	
2.4. Presenta el Programa de limpieza y desinfección. Se solicita copia para su seguimiento y validez de la notificación.	2/	1	0	NA	
2.5. Si control de plagas lo realiza con una empresa Aplicadoras de plaguicidas tercero, avalada por la autoridad sanitaria competente	2/	1	0	NA	
2.6. No hay Presencia de plagas (ratas/as, roedores, insectos)	2/	1	0	NA	
3. SALUD OCUPACIONAL					
3.1. Afiliación a ARL. Y EPS. Entregar soporte.	2/	1	0	NA	
3.2. Plan de evacuación ante una emergencia. Solicitar Copia documento	2/	1	0	NA	
3.3 Botiquín instalado limpio y dotado, adhesivos o gasas/vendas combinadas surgeles y otros relacionados para la prestación de primeros auxilios.	2/	1	0	NA	
3.4. Dotación de uniformes de manipulación personal conforme a las actividad desarrollada. Solicitar Copia de constancia de entrega de EPP a empleados.	2/	1	0	NA	
4. ESPACIOS 100% LIBRES DE HUMO					
4.1. Entra un aviso en un lugar visible al público de acuerdo a la Ley 1335 de 2009 señalización visible al público que prohibición el consumo de cigarrillo.	2/	1	0	NA	
4.2. No cuenta con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. (Ej: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros.	2/	1	0	NA	
Resultados Obtenidos (Sumatoria de columnas 2 y 1)					

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Hogar sostenido

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de _____ días, contados a partir del _____ del mes del _____ de _____ de acuerdo a la Ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios. Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

CONCEPTO DE LA VISITA

CALIFICACION		RESULTADO OBTENIDO EN PORCENTAJE (%)
34 - 31	FAVORABLE (100% - 90%) X	100%
30 - 18	FAVORABLE CON REQUERIMIENTO (89% - 51%)	
17 - 0	DESFAVORABLE (50% - 0%)	

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA		PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	
NOMBRE	Angela Sofia Cabrera	NOMBRE	Paola Andrea Ulloa
CC.	1075263233	CC.	
CARGO	Tec. Sanitaria	CARGO	Representante Legal
FIRMA		FIRMA	

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Huila

ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

CIUDAD Garzón FECHA 11-04-2024 ACTA Nº 41-298-01

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [x] Establecimiento de Interés Público [ ] Establecimiento de Interés Público [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Secretaría Salud Distal

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*RAZÓN SOCIAL Fundación Social yo te cuido

*CÉDULA / NIT 901 4967029

*NOMBRE COMERCIAL Fundación social yo te cuido

*DIRECCIÓN Cll 14 # 3-80 MATRÍCULA MERCANTIL

*DEPARTAMENTO Huila *MUNICIPIO Gigante

Barrio X Vereda Comuna Localidad

Sector Corregimiento Caserío UPZ

Otro Cuál Santa Clara

TELÉFONOS 3115661665 CORREO ELECTRÓNICO *HSANDRADIANAPINZON@FUNDACIONSOCIAL.COM

CORREO ELECTRÓNICO *HSANDRADIANAPINZON@FUNDACIONSOCIAL.COM

NOMBRE DEL PROPIETARIO Yuri Paola Arturo Lozada

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [x] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento 36547141

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Yuri Paola Lozada

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [x] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento 36547141

CORREO ELECTRÓNICO HSANDRADIANAPINZON@FUNDACIONSOCIAL.COM

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cll 6 # 2640

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA SI [ ] NO [ ]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA HSANDRADIANAPINZON@FUNDACIONSOCIAL.COM

*DEPARTAMENTO Huila *MUNICIPIO Garzón

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO Lun a Vier 8 a 12 y 2 a 5 Sab 8 a 12 Nº DE TRABAJADORES 5

Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES 5

Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 5

CÓDIGO CIIU SI [ ] NO [ ] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD Fundación

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA REALIZADA

FECHA DE LA ULTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

*SEGUIMIENTO DE LA VISITA

PROGRAMADA	SOLICITUD DEL OPERADOR X	MEDIDAS SANITARIAS, QUEJAS Y RECLAMOS
SOLICITUD OFICIOSA	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS
		PROCESO SANCIONATORIO EN CURSO

OTRO Especifique:

HUBO TRASLADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA NO SOLICITUD DE INTERVENIR O HALLAZGO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento: (C)	Cuando el establecimiento cumple el totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Critico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a evaluar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y debe aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones inseguras
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponda a la actividad realizada por el negocio. (C) Nota: Ejemplo: No aplican calificación de los bloques en obligatorios como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento visitado y normatividad

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar realice solicitud ambiental ante la autoridad Distrital de Turismo)	/		
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	/		
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	/		
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción	/		

I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento está ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de industrias de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, malezas, contaminos y, en general, a focos de insalubridad o inseguridad estar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de incendio; aviación (Art 189, 193, 193 Ley 9 de 1979)	5 /	2.5	0		5
1.2	Las aceras principales o la calzada y o sus ambientes internos cuentan con fisuras (Art 48 Resolución 14901 de 1993)	4 /	2	0		4
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y externos, de manera que ofrezcan condiciones para evitar tropiezos y accidentes, evitando para facilitar el drenaje (Art. 193, 194 Ley 9 de 1979)	4 /	3	0		4
1.4	En el establecimiento los techos y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 188 Ley 9 de 1979)	4 /	3	0		4
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, tableros y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están conservadas, limpiadas, mantenidas, accionadas, instaladas y protegidas, de manera que no provengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión (Art 117 Ley 9 de 1979)	3 /	1.5	0		3
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidos de material antideslizante. (Art 47 y 48 Resolución 14901 de 1993)	4 /	2	0		4
1.7	La ventilación es adecuada para el uso (Art 187 Ley 9 de 1979)	3 /	1.5	0		3
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 186 Ley 9 de 1979)	3 /	1.5	0		3
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del ítem

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para el higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficiente para uso de los trabajadores y visitantes. (Baterios y lavamanos). (Art 30 Resolución 14901 de 1993)	10 /		0		0
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de un aseo, orden y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos, sin prevalecer e implementado (procedimientos, planillas, cronogramas y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	6 /	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4 /	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del ítem

	II. CONCEPTO DE SEGURIDAD (SOLO EN VISITAS INICIALES)					
	ASPECTOS A VERIFICAR:	SI	VIF	NC	NA	FINDINGS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado (Art5 del 3.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	X	3	0		4
4.2	Se encuentran señalizadas las diferentes áreas o secciones con nuevos avances y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 de 1979) (Art 33 Resolución 14861 de 1985)	X	1.0	0		5
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia (Art 32 Resolución 14861 de 1985)	X	1	0		5
4.4	Los empleados cuentan con una ambientación, riesgo los lumínicos y psicosomáticos (Art 49 Resolución 14861 de 1985)	X	1.0	0		5
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 53 Resolución 14861 de 1985)	X	0.5	0		5
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios (Art 127 Ley 9 de 1979)	X	1.5	0		5
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 99.23% de total del ítem

III. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS			
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO: Seleccione con una marca (X) el concepto sanitario a emitir	RANGO DE CUMPLIMIENTO	En caso que una o más de las opciones a evaluar sea calificada como "critica" (independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido), el concepto a suministrar a usted será de DESFAVORABLE, independiente de riesgo asignado a la visita, debido que aquellas (de manera general (RC-4483) y se procederá a tomar las siguientes medidas de seguridad sanitaria:
0,0 100%	FAVORABLE X	85%-100%	
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	80%-84%	
	DESFAVORABLE	< 45,9%	

IV. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO	
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (ADJ.06)	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

V. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

De darse ignorar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corregirse las hallazgos registrados en la presente acta:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del Establecimiento:

V. INFORMACIÓN DEL TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA N° 005

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajos o servicios
- [ ] Suspensión total de trabajos o servicios
- [ ] Retención o intervención de productos para evitar la incautación de instrumentos
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Orden y ejecución de cualquier disposición de enfermedades transmisibles
- [ ] Inspección preventiva o sanitaria
- [ ] Instrucción o decomisación
- [ ] Control de vectores y otros seres vivos o inanimados de importancia
- [ ] Descontaminación o desinfección de establecimientos o vehículos

Nº DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VI. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

	/

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia se firma la presente notificación del contenido de la presente acta frente a los funcionarios y personas que intervinieron en la misma, hoy 10 de Abril del año 2024 en la Ciudad de Soyapa

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o sitio donde se visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Ana Lorena Lorio C	NOMBRE:
CÉDULA: 5-0196-0120	CÉDULA: /
CARGO: F. Sanitario II	CARGO:
INSTITUCIÓN: Servicio Salud UP	INSTITUCIÓN:

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: FEDCA. A. C	FIRMA:
NOMBRE: FEDCA ALVARADO ORTIZ	NOMBRE:
CÉDULA: 1-0710-0686	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: Fundación Social 40.46 CUSO	INSTITUCIÓN: /
CARGO: Trabajadora Social	CARGO:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS	F35.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1
		CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PÚBLICA	

MATRIZ DE COMPATIBILIDAD

NOMBRE DEL CONTRATISTA / OPERADOR:	**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**	**FECHA:**	**15 DE ABRIL DE 2024**
LUGAR / SEDE:	**LA PLATA**	**ELABORADO POR:**	SIGE

	MATERIAL QUÍMICO	SGA	1	2	3	4	5	6	7
			JABON EN POLVO	LIMPIDO	LAVALOZA LIQUIDO	JABON PARA MANOS	AMBIENTADOR	AROMATIZANTE PARA PISO	N/A
									N/A
1	JABON EN POLVO								N/A
2	LIMPIDO								N/A
3	LAVALOZA LIQUIDO								N/A
4	JABON PARA MANOS								N/A
5	AMBIENTADOR								N/A
6	AROMATIZANTE PARA PISO								N/A

CONVERSIÓN	
	Se puede almacenar juntos
	Se puede almacenar teniendo en cuenta la información de las hojas de seguridad del producto
	Almacenar en estantes separados

SIMBOLOS PICTOGRAMAS		
Peligro de explosivos	Gases bajo presión	Químico nocivo
Inflamable	Corrosión	Daño al medio ambiente
Carburante	Toxicidad	Peligro para la salud

Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Cedula 36,347,141

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANÍA NO 36.347.141

CERTIFICA:

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 de Abril de 2024 y el 30 de Noviembre del año 2024, Para este periodo no se manejan transportes y adecuado manejo de combustibles en la prestación de servicio.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANÍA NO 36.347.141

CERTIFICA:

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 de Abril de 2024 y el 30 de Noviembre del año 2024, Para este periodo no se manejan residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la prestación del servicio.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, no cuenta con infraestructura en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata que tengan trampas de grasa ni planta de tratamiento de agua.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Para este periodo no se evidencia soportes de ingresos por dichos conceptos.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NÚMERO Y FECHA DEL CONTRATO: **41002102024 del 01 de abril de 2024**	**OBJETO CONTRACTUAL:** BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JÓVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORÍA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIÓN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

INTRODUCCIÓN: Garantizar la salud pública y el bienestar de los niños y adolescentes de 0 a 18 años, contribuir a la prevención de enfermedades, a una mejor calidad de vida y promover un entorno más limpio y seguro. incluye la gestión adecuada de residuos sólidos y líquidos, el control de vectores, la provisión de agua potable y la educación sanitaria. A través de la implementación de estrategias y acciones concretas, buscamos reducir la incidencia de enfermedades relacionadas con el agua y los residuos, así como minimizar el impacto ambiental de nuestras actividades diarias.

OBJETIVO:

calidad del agua potable: Asegurar que los niños y adolescentes de 0 a 18 años tenga acceso a agua potable segura y libre de contaminantes, cumpliendo con los estándares de calidad del agua.

Reducir la incidencia de enfermedades: Disminuir la prevalencia de enfermedades transmitidas por el agua y los residuos, como la diarrea y otras infecciones parasitarias.

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

Gestión eficiente de residuos sólidos: Ejecutar los planes y protocolos para la recolección, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos, minimizando su impacto ambiental y promoviendo prácticas de reciclaje y reutilización.

Control de vectores y plagas: Dar cumplimento a los cronogramas de control y prevención de vectores, como mosquitos, roedores y otros insectos, que puedan transmitir enfermedades.

Educación y sensibilización comunitaria: Seguir promoviendo la educación sanitaria y ambiental entre las madres sustitutas, fomentando prácticas de higiene personal, así como el uso racional del agua y la adecuada gestión de residuos.

Infraestructura de saneamiento adecuada: Verificar que las infraestructuras de saneamiento, como alcantarillado y ductos de las viviendas que transporten de aguas residuales garanticen un transporte seguro y eficiente de los desechos líquidos.

Protección de recursos hídricos: Continuar con las medidas para la conservación y protección de fuentes de agua, evitando la contaminación y garantizando la sostenibilidad de los recursos hídricos.

Monitoreo y evaluación continua: Cronogramas de monitoreo y evaluación periódica para medir el progreso y la efectividad del plan, asegurando su adaptación y mejora continua según sea necesario.

Promoción de la equidad y la inclusión: Asegurar que las soluciones de saneamiento sean accesibles y asequibles.

ALCANCE: El Plan de Saneamiento abarca una amplia gama de actividades y medidas destinadas a mejorar las condiciones de salud y el bienestar ambiental.

- **Agua Potable y Tratamiento de Aguas Residuales**
- **Gestión de Residuos Sólidos:**
- **Control de Vectores y Plagas:**
- **Educación y Concienciación Comunitaria:**
- **Desarrollo de Infraestructura de Saneamiento:**

PÚBLICA

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

- **Conservación y Protección de Recursos Hídricos:**
- **Fortalecimiento Institucional y Marco Legal:**
- **Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua**

DESARROLLO:

Agua Potable y Tratamiento de Aguas Residuales

Implementación de sistemas de distribución de agua potable que aseguren el acceso continuo y seguro a agua de calidad.

Monitoreo constante de la calidad del agua y de los sistemas de tratamiento para garantizar su eficacia.

Gestión de Residuos Sólidos:

Fortalecimiento en conocimientos previos para la recolección, clasificación, tratamiento y disposición final de residuos sólidos.

Promoción del reciclaje y la reducción de residuos en la fuente.
Instalaciones adecuadas para el manejo de residuos peligrosos y especiales.

Control de Vectores y Plagas:

Implementación de programas integrados de control de vectores, enfocándose en la prevención y eliminación de criaderos de mosquitos, roedores y otras plagas.

Educación sobre prácticas de prevención y control de vectores.

Monitoreo y evaluación de la eficacia de las intervenciones de control de plagas.

Educación y Concienciación Comunitaria:

Desarrollo de campañas de sensibilización sobre la importancia del saneamiento y la higiene.

PÚBLICA

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

Programas educativos para promover prácticas higiénicas y de manejo adecuado de residuos.

Formación y promoción de salud para impulsar cambios sostenibles en la conducta sanitaria.

Desarrollo de Infraestructura de Saneamiento:

Fomento de tecnologías innovadoras y sostenibles para el tratamiento y reutilización de aguas residuales.

Conservación y Protección de Recursos Hídricos:

Establecimiento de zonas de protección alrededor de los suministros de agua potable.

Fortalecimiento Institucional y Marco Legal:

Gestionar eficazmente los servicios de saneamiento.

Aplicar de políticas y regulaciones que apoyen la gestión sostenible del saneamiento.

Fomentar de la cooperación interinstitucional y la participación de actores clave en la planificación y ejecución del plan.

Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua

Realización de auditorías y revisiones periódicas para identificar áreas de mejora.
Adaptación y ajuste del plan según los resultados obtenidos y las necesidades emergentes.

PÚBLICA

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

1. Programa de limpieza y desinfección

LUGAR DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	ELEMENTOS E INSUMOS REQUERIDOS	MEDIDAS PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIA	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
SEDES NEIVA, LA PLATA, GARZON Y PITALITO	LIMPIEZA Y DESINFECCION DE TODAS LAS AREAS DENTRO DE LAS SEDES Y LIMPIEZA EN EL PERIMETRO DE CADA SEDE	DETERGENTE, ALCOHOL, BLANQUEADOR, ESCOBA, RECOGEDOR, TRAPO, EPP ACORDES A LA ACTIVIDAD PARA LA PERSONA ENCARGADA DE LA LIMPIEZA	EVITAR LA ACUMULACION DE AGENTES O RESIDUOS DENTRO DE NUESTRAS INSTALACIONES	SE REALIZAN LAS ACTIVDADES DEACUERDO A LO ESTABLECIDO DENTRO DEL f40.g7.abs_formato_registros_plan_de_saneamiento_v1_1	PERONSAL ENCARGADO DE CADA SEDE

2. Programa desechos solidos

LUGAR DONDE SE GENERÓ EL RESIDUO	ACTIVIDAD POR LA CUAL SE GENERÓ EL RESIDUO	TIPO DE RESIDUO	DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE RESIDUOS	MEDIDAS DE MANEJO	ALMACENAMIENTO	ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
SEDES NEIVA, LA PLATA, GARZON Y PITALITO	ACTIVIDADES DIARIAS DENTRO DEL HORARO LABORAL Y OCACIONADAS POR LAS MISMAS ACTIVIDADES	RESIDUOS APROVECHABLES RESIDUOS NO APROBECHABLES RESIDUOS ORGANICOS	RESIDUOS APROBECHABLES: PLASTICO, CARTON, PAPEL RESIDUOS NO APROBECHABLES: PAPEL HIGIENICO, SERVILLETAS, ENVASES O ENVOLTURAS CONTAMIDAS CON RESIDUOS. RESIDUOS ORGANICOS: RESIDUOS DE COMIDA	DISPOSICION EN LOS PUNTOS ECOLOGICOS DESTINADOS PARA LA RECOLECCION DE LOS RESIDUOS DEACUERDO A SU CLASIFICACION.	PUNTOS ECOLOGICOS DESTINADOS EN CADA SEDE	ENTREGA A CADA ENTE RECICLADOR O EMPRESA DE ASEO.

PUBLICA

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

3. Programa de control de plagas

LUGAR DE FUMIGACIÓN	VECTORES IDENTIFICADOS	PERIODICIDAD DE LA FUMIGACIÓN	INSUMO UTILIZADO	MEDIDAS PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS	EMPRESA FUMIGADORA	GESTOR PARA LOS RESIDUOS
SEDES NEIVA, LA PLATA, GARZON Y PITALITO	MOSQUITOS	FUMUGACION SEMESTRAL	CIPERMETRINA, AGUA, AROMATIZANTE	SEGUIR LOS PROTOCOLOS DE FUMIGACION SEMESTRAR, EVITAR ESTANCAMIENTO DE AGUAS Y MANTENER LAS ALBERCAS DEBIDAMENTE LIMPIAS		

4. Programa de abastecimiento o suministro de agua potable

FUENTE DE CAPTACIÓN	TRATAMIENTOS REALIZADOS	DISEÑOS DEL TANQUE DE ALMACENAMIENTO	MANTENIMIENTO DE LAS REDES Y TANQUE DE ALMACENAMIENTO	CONTROLES DE PARÁMETROS FISICOQUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS
TANQUES Y DESTINADOS PARA EL ALMACENAMIENTO DE AGUA	LAVADO DE TANQUES SEMESTRAL POR UN ENTE CERTIFICADO	TANQUES DE AGUA PLASTICOS DE 500 LITROS DE ALMACENAMIENTO	SEMESTAL POR TECNICOS ESPECIALIZADOS Y CERTIFICADOS.	

ANEXOS

ANEXO. REGISTROS PLAN DE SANEAMIENTO

f40.g7.abs_formato_registros_plan_de_saneamiento_v1_1

Nota: Este mes no se realizaron proceso de recolección y pesaje de residuos no lavado de tanqes.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PUBLICA

Dado en Neiva, en el mes de Abril de 2024

Atentamente,



_____
YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal
36.347.141 de Campoalegre (H)

PÚBLICA

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	LUGAR:	SEDES NEIVA, LA PLATA,GARZON Y PITALITO	MES:	ABRIL

Instrucciones: Diligenciar en el espacio en blanco la fecha en la cual se realizó la actividad de limpieza y desinfección.

ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO	REGISTRO																									
	1° Semana					2° Semana					3° Semana					4° Semana					5° Semana				
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
PAREDES, TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
SUPERFICIES-MESONES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQUIPOS DE COCINA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
BAÑO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
LAVAMANOS Y ACCESORIOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
SANITARIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
LAVAPLATOS																									
MENAJE	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	X		X		X	X		X		X	X		X		X	X		X		X	X		X		X
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
(Incluir demás elementos)																										
(Incluir demás elementos)																										
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	SIGE					SIGE					SIGE					SIGE					SIGE				
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN	NINGUNA					NINGUNA					NINGUNA					NINGUNA					NINGUNA				
ACCION DE MEJORA	NINGUNA					NINGUNA					NINGUNA					NINGUNA					NINGUNA				

#¡DESCONOCIDO!

Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Cedula 36,347,141

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, cumplido a cabalidad con el siguiente objeto del contrato "BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIÓN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.", teniendo como punto de partida todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, asumió y cumplió de manera responsable todas las obligaciones correspondientes al contrato Nº 41-00210-2024, esto según las guías técnicas, manuales operativos y lineamientos dispuestos para el desarrollo de las acciones solicitadas.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024**, no recibió ningún** requerimiento efectuado por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato; sin embargo, una vez la fundación social yo te cuido llegue a ser requerida esta presentara la información solicitada y dará respuesta de manera inmediata a las requerimiento allegados.

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, no se presentó ninguna situación de eventos que afecten la permanencia o la atención a los niños, niñas, adolescentes y es familia, ubicados en la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto de los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. Sin embargo, desde los equipos psicosociales dispuestos por la fundación social yo te cuido para a la modalidad en dichos municipios se han realizado constante acompañamiento para evitar se presenten situaciones de riesgo.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, se ha dado cumplimiento con todas las disposiciones y orientaciones recibidas en pro de garantizar el cumplimiento de todas las acciones enmarcadas en la prestación del servicio de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA:

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, no se presentó ningún hecho o circunstancia que pueda constituir actos de corrupción como conductas punibles o que puedan poner o pongan es riesgo el cumplimiento del contrato.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Documentos Tipo

Documentos Tipo	No	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

Decreto 248 de 2021

¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30% de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?	No	El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, mínimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017	○ Sí ◉ No	Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega Como acordado previamente

El contrato puede ser prorrogado ○ Sí ○ No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías? ◉ Sí ○ No

Garantías por lotes, grupos o etapas ○ Sí ◉ No

Seriedad de la oferta ○ Sí ○ No

Cumplimiento ◉ Sí ○ No

☑ Cumplimiento del contrato				
◉ % del valor del contrato	20,000000	Fecha de vigencia (desde)	1/04/2024 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
○ Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/05/2025 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
☑ Pago de salarios				
◉ % del valor del contrato	20,00	Fecha de vigencia (desde)	1/04/2024 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
○ Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/11/2027 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
☑ Calidad del servicio				
◉ % del valor del contrato	20,00	Fecha de vigencia (desde)	1/04/2024 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
○ Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/05/2025 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	

Responsabilidad civil extra contractual ◉ Sí ○ No

◉ No. de SMMLV 300

1/04/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 27/03/2024 3:23:44 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Fecha límite para entrega de garantías:

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle	A
CO1.WRT.14030216	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	1.614.657.634,80 COP	SEGUROS DEL ESTADO	11/12/2027 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Detalle	

Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ○ Sí ◉ No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura A definir

Comentarios

Comentarios

Anexos del contrato

Descripción

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Calle 21 # 1E-40

Ubicación CO-HUI-41001 - Neiva

País COLOMBIA

Departamento Huila

Municipio Neiva

Dirección Calle 21 # 1E-40

Código postal

	Grados (º)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	calle 21 No. 1E-40	COLOMBIA > Huila > Neiva

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, no presentó ninguna novedad o solicitud que pudiera afectar la atención en la modalidad de acogimiento familiar de los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata

Sin embargo, nos comprometemos que dado el caso que se presente alguna situación esta será reportada de manera inmediata a la supervisión del contrato y se tomaran las acciones pertinentes en pro de subsanar la situación.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.12533521
Número del contrato	41002102024
Versión del contrato	2
Objeto del contrato	BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIÓN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.
Tipo de contrato	Otro
Fecha de inicio del contrato	1/04/2024 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	30/11/2024 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	240 Días
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(●) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	( ) Sí (●) No
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (●) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (●) No
Reversión	( ) Sí (●) No

Entidad Estatal

ICBF REGIONAL HUILA

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

FUNDACIÓN YO TE CUIDO

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Neiva

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por:	*FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO*	***Fecha de aprobación:***	*27/03/2024 9:45:51 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:	*Amanda Gomez Polo*	***Fecha de aprobación:***	*27/03/2024 9:55:50 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_6151147_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_6151147_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	ICBF REGIONAL HUILA
Proceso de Contratación	CONTRATO DE APORTE
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	2.060.112.058,00 COP

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
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	01	61-44-101053750	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO		NIT: 901.496.702-9
DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 3 - 80	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO:	3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA		NIT: 899.999.239-2
DIRECCIÓN: AV CIRCUNVALAR CALLE 21	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO	8604700
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

CONFLUENT DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 41002102024 REFERENTE A: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRARAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACION Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/04/2024	11/06/2025	$408,219,211.60
CALIDAD DEL SERVICIO	01/04/2024	11/06/2025	$408,219,211.60
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	01/04/2024	11/12/2027	$408,219,211.60

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***6,209,964.00	$ ******20,000.00	$ ***1,183,693.00	$ ********7,413,658.00	$ ****1,224,657,634.80	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA JTJ SEGUROS LTDA	174322	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 CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

61-44-101053750

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

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
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-44-101053750	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO		NIT: 901.496.702-9
DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 3 - 80	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO: 3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA		NIT: 899.999.239-2
DIRECCIÓN: AV CIRCUNVALAR CALLE 21	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO 8604700

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · éxito · Olímpica · Cafam · Colsubsidio

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***6,209,964.00	$ ******20,000.00	$ ***1,183,693.00	$ *********7,413,658.00	$ ****1,224,857,634.80	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA	174322	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 CRA. 4 NO. 11 - 39 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)110150032316243900)0000074136581(96)20250401

REFERENCIA PAGO: 110150032316243

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Powered by CamScanner

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
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-40-101019547	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	NIT: 901.496.702-9

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 11 NRO. 3 - 80	NEIVA, HUILA	3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA	NIT: 899.999.239-2

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CIRCUNVALAR CALLE 21	NEIVA, HUILA	8604700

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-9-06-00000-8-RCE-002A-D001 / 31-03-22-1329-9-06-00000-8-RCE-001P-D001, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 41002102024 REFERENTE A: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACION Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

TOMADOR/ASEGURADO: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA
ASEGURADO/BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 1.00 SMMLV	01/04/2024	11/12/2024	$390,000,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****678,493.00	$ ******20,000.00	$ *****132,713.00	$ **********831,206.00	$ ******390,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA	174322	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 CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

61-40-101019547

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Oreda - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

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
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-40-101019547	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO		NIT: 901.496.702-9
DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 3 - 80	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO:	3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN NIT:	
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA		899.999.239-2
DIRECCIÓN: AV CIRCUNVALAR CALLE 21	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO	8604700
BENEFICIARIO:	ADICIONAL:		

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****678,493.00	$ ******20,000.00	$ *****132,713.00	$ **********831,206.00	$ ******390,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA	174322	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 CRA. 4 NO. 11 - 39 LOCAL 101 - TELEFONO: 8731717 - NEIVA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709990211671(8020)1101500323163(3900)0000083120(96)20250401

REFERENCIA PAGO: 1101500323163-1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Powered by CamScanner

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 101053750, 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 NEIVA a los 27 días del mes de MARZO de 2024

61-44-101053750

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Powered by CamScanner

J&J SEGUROS

CALLE 19 # 5A - 51 LOCAL 104 Tel: 8715734 Cel:3138081503-3156002791

comercial@jyjseguros.com - jyjseguros@hotmail.com -www.jyjseguros.com

SOAT - CUMPLIMIENTO - AUTOS - RC - VIDA - INCENDIO - HOGAR

RECIBO DE CAJA No.20000021563828			AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA Nit.900.763.125-0
DIA	MES	AÑO	
27	3	2024	
		Nombre:	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
		No. Identificacion:	901.496.702-9

SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO	PRIMA	GASTOS	IVA	VALOR
PAGO POLIZA DE CUMPLIMIENTO No. 101053750	$ 6.209.965	$ 20.000	$ 1.183.693	$ 7.413.658
PAGO POLIZA DE RCE CONTRATO No. 101053750	$ 678.493	$ 20.000	$ 132.713	$ 831.206
	TOTAL			$ 8.244.864

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, desde los equipos psicosociales dispuestos para la atención de la modalidad en los centros zonales de los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata, se han dispuestos acciones en pro de vincular a las familias y redes vinculares en la atención a desarrollada desde la modalidad Hogar sustituto.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

Neiva, 08 de mayo del 2024

Señores,
ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A E.S.P
Atte. Dr. LILIANA CACHAYA CORTES
Cuidad,

Asunto: Radicación de documentos para cesión de derechos económicos del contrato 011 del 2024, de la factura correspondiente al mes de abril del año 2024.

Cordial saludo,

Comedidamente me permito enviar la documentación soporte para su respectivo estudio y aprobación de cesion de derechos económicos de la empresa CODINDFER S.A.S con Nit. 900.638.492-4 a nombre del señor **JUAN CAMILO MEJIA PAREDES** identificado con cedula de cuidadania No 7.718.300 de Neiva – Huila.

Teniendo en cuenta lo anterior, se anexa la siguiente documentación:

- Camara de comercio de las partes
- Cedula del representante legal de las partes
- RUT cesionario
- Certificado de cuenta bancaria del cesionario
- Autorización de derechos económicos firmados

Cordialmente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal CODINDFER S.A.S

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, no se ha recibido o solicitado ninguna dadiva que favorezca la prestación del servicio de la modalidad de acogimiento familiar – Hogar Sustituto en los centros zonales de Garzon, Pitalito y la Plata.

Así mismo, se resalta que si se llegasen a presentar dichos incidentes estos serán reportados de inmediato a la supervisión y a las autoridades competentes cualquier

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, se dio cumplimiento con lo establecido establecidas en el capítulo "Buenas Prácticas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente, garantizando que al interior de la fundación social yo te cuido siempre ha predominado una actuación ajustada a la ley, a la ética y a las buenas costumbres. Por tanto, el talento humano asume el compromiso de trabajar con ética y moralidad en sus actuaciones, garantizando condiciones de legalidad, equidad, objetividad y justicia en la gestión administrativa y de atención .

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, no recibió ningún requerimiento frente a la prestación del servicio en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata; sin embargo, una vez se alleguen los mismos se dará respuesta de manera oportuna.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Gmail **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>**

RV: VISITA US DISNEY GARCIA

6 mensajes

Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co> 24 de abril de 2024, 0:22
Para: Alonso Martinez Pulido <Alonso.Martinez@icbf.gov.co>, Layla Yeline Betancourt Piamba <Layla.Betancourt@icbf.gov.co>, "comisariadefamilia laargentina-huila.gov.co" <comisariadefamilia@laargentina-huila.gov.co>, "dirjusticia@algeciras-huila.gov.co" <dirjusticia@algeciras-huila.gov.co>
Cc: "hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com" <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>, FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Muy buenos dias, deseando se encuentren bien para su conocimiento y toma de decisiones se remite informe de seguimiento a unidades de servicio donde se encuentra NNA cuya autoridad administrativa son las relacionadas, así mismo se relaciona al oeprador para el respectivo seguimiento y cumplimiento a sus obligaciones.

Cordialmente,

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

CLAUDIA LILIANA VIDAL FLORIANO

Coordinadora

ICBF Sede Regional Huila - Centro Zonal La Plata

Calle 5B No. 9A - 05 Barrio Villa Isabella

Teléfono: 608 8371127 Ext.842000

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

3 adjuntos



image001.png
35K

INFORME VISITAS US 23-04-2024.docx
151K

INFORME VISITA DISNEY GARCIA.pdf
1910K

Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co> 27 de abril de 2024, 21:41
Para: "hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com" <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>, FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Muy buenos dias, deseando se encuentren bien; solicito amablemente se informe las acciones adelantadas frente;

1. hallazgos de visitas de seguimiento realizadas por la profesional Diana Paola Puliche y las cuales se han remitió mediante correo electrónico a uDS de HS
2. Visitas de seguimiento efectuadas por el operador a uds
3. Acciones adelantadas por la gestora de caso (se ha encontrado que existen NNA sin gestiones de salud a la fecha lo cual genera una vulneración de su derecho a salud), como es el caso de **KELLY JOHANA FERNANDEZ PENA:** No se ha dado continuidad a las atenciones de salud tiene pendiente 20 terapias ocupacionales y 20 de lenguaje, tomar prueba cognitiva, control con psiquiatría pediátrica, psicología clínica, odontología, nutrición, pediatria, dermatología, neuropsicología, psicología en el primer nivel

Agradezco su apoyo y respuesta de forma inmediata.

Cordialmente

[El texto citado está oculto]

---

4 adjuntos



image001.png
35K

INFORME VISITAS US 23-04-2024.docx
151K

INFORME VISITA DISNEY GARCIA.pdf
1910K

Solicitud de respuesta a los hallazgos reportados .docx
144K

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com> 28 de abril de 2024, 14:28
Para: COORDINADORZONA1HS@fundacionyotecuido.com, hsgestordecasolaplata@fundacionyotecuido.com, hspsicologialaplata@fundacionyotecuid.com

Cordial saludo equipo

Revisar el tema y dar pronta respuesta a la situación.
Quedo al tanto de que me copien la respuesta.

Cordialmente,

YudyAlejandra Barragán Cleves
Coordinadora

---------- Mensaje reenviado ---------
De: **Claudia Liliana Vidal Floriano** <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
Fecha: El mié, 24 de abr. de 2024 a la(s) 12:22 a.m.
Asunto: RV: VISITA US DISNEY GARCIA
Para: Alonso Martinez Pulido <Alonso.Martinez@icbf.gov.co>, Layla Yeline Betancourt Piamba <Layla.Betancourt@icbf.gov.co>, comisariadefamilia laargentina-huila.gov.co <comisariadefamilia@laargentina-huila.gov.co>, dirjusticia@algeciras-huila.gov.co <dirjusticia@algeciras-huila.gov.co>
Cc: hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>, FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
[El texto citado está oculto]

---

3 adjuntos



image001.png
35K

INFORME VISITAS US 23-04-2024.docx
151K

INFORME VISITA DISNEY GARCIA.pdf
1910K

Mail Delivery Subsystem <mailer-daemon@googlemail.com> 28 de abril de 2024, 14:28
Para: fundacionsocialyotecuido@gmail.com



No se ha encontrado la dirección

Tu mensaje no se ha entregado a **hspsicologialaplata@fundacionyotecuid.com** porque no se ha encontrado el dominio fundacionyotecuid.com. Comprueba que no haya erratas ni espacios innecesarios y vuelve a intentarlo.

MÁS INFORMACIÓN

La respuesta fue:

```
DNS Error: DNS type 'mx' lookup of fundacionyotecuid.com responded with code NXDOMAIN Domain name not found: fundacionyotecuid.com For more information, go to https://support.google.com/mail/?p=BadRcptDomain
```

Final-Recipient: rfc822; hspsicologialaplata@fundacionyotecuid.com
Action: failed
Status: 5.1.2
Diagnostic-Code: smtp; DNS Error: DNS type 'mx' lookup of fundacionyotecuid.com responded with code NXDOMAIN Domain name not found: fundacionyotecuid.com For more information, go to https://support.google.com/mail/?p=BadRcptDomain
Last-Attempt-Date: Sun, 28 Apr 2024 12:28:46 -0700 (PDT)

---------- Mensaje reenviado ----------
From: "FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO" <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
To: COORDINADORZONA1HS@fundacionyotecuido.com, hsgestordecasolaplata@fundacionyotecuido.com, hspsicologialaplata@fundacionyotecuid.com
Cc:
Bcc:
Date: Sun, 28 Apr 2024 14:28:31 -0500
Subject: Fwd: VISITA US DISNEY GARCIA
----- Message truncated -----

Mail Delivery Subsystem <mailer-daemon@googlemail.com> 28 de abril de 2024, 14:28
Para: fundacionsocialyotecuido@gmail.com



No se ha encontrado la dirección

Tu mensaje no se ha entregado a **hsgestordecasolaplata@fundacionyotecuido.com** porque no se ha encontrado la

dirección o esta no puede recibir correo.

Esta es la respuesta del servidor remoto:

```
550 5.1.1 : Recipient address rejected: undeliverable address: host uk-fast-smtpin1.hostinger.io[
private/dovecot-lmtp] said: 550 5.1.1 User doesn't exist: hsgestordecasolaplata@
fundacionyotecuido.com (in reply to RCPT TO command)
```

Final-Recipient: rfc822; hsgestordecasolaplata@fundacionyotecuido.com
Action: failed
Status: 5.1.1
Remote-MTA: dns; mx1.hostinger.com. (2606:4700:90:0:c1f8:f874:2386:b61f, the
server for the domain fundacionyotecuido.com.)
Diagnostic-Code: smtp; 550 5.1.1 <hsgestordecasolaplata@fundacionyotecuido.com>: Recipient address rejected: undeliverable address: host uk-fast-smtpin1.hostinger.io[private/dovecot-lmtp] said: 550 5.1.1 <hsgestordecasolaplata@fundacionyotecuido.com> User doesn't exist: hsgestordecasolaplata@fundacionyotecuido.com (in reply to RCPT TO command)
Last-Attempt-Date: Sun, 28 Apr 2024 12:28:59 -0700 (PDT)

---------- Mensaje reenviado ----------
From: "FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO" <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
To: COORDINADORZONA1HS@fundacionyotecuido.com, hsgestordecasolaplata@fundacionyotecuido.com, hspsicologialaplata@fundacionyotecuid.com
Cc:
Bcc:
Date: Sun, 28 Apr 2024 14:28:31 -0500
Subject: Fwd: VISITA US DISNEY GARCIA
----- Message truncated -----

---

hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com> 3 de mayo de 2024, 12:24

Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
Cc: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Cordial saludo

Doctora Claudia, se remite información solicitada en relación a la visita de seguimiento a la unidad de servicio de la señora Disney Garcia el día 23-04-2024, por la profesional de apoyo Diana Paola Puliche.

1. **hallazgos de visitas de seguimiento realizadas por la profesional Diana Paola Puliche y las cuales se han remitió mediante correo electrónico a uDS de HS.**

Anexar las valoraciones iniciales de Astrid y Maria José : Se adjunta correo de solicitud a la autoridad administrativa de las usuarias. (anexo 1 y 2).

En cuanto la vinculación al sistema escolar y Actividad extracurricular se informa que las usuarias ya están vinculadas los programas de formación de la casa de la Cultura, resaltando que para el día de la visita las usuarias llevaban 5 días de ubicación , encontrándose dentro de los tiempos establecidos por el manual operativo (30 días) para adelantar gestiones tanto en educación, salud y recreación.

1. **Visitas de seguimiento efectuadas por el operador a uds**

Las visitas de seguimientos realizadas por el operador fueron radicas en físico el día de hoy 03-05-2024, no fue posible antes debido a que el día 01 de mayo fue día no laboral, el 2 el ICBF no recibió documentación.

1. **Acciones adelantadas por la gestora de caso (se ha encontrado que existen NNA sin gestiones de salud a la fecha lo cual genera una vulneración de su derecho a salud), como es el caso de KELLY JOHANA FERNANDEZ PENA: No se ha dado continuidad a las atenciones de salud tiene pendiente 20 terapias ocupacionales y 20 de lenguaje, tomar prueba cognitiva, control con psiquiatría pediátrica, psicología clínica, odontología, nutrición, pediatria, dermatología, neuropsicología, psicología en el primer nivel**

Desde el operador se ha venido brindando el apoyo a la madre sustituta con el fin de lograr autorización y agendamiento de las citas por especialistas a las que ha sido remitida la Usaría Kelly Johana,(se adjunta evidencias en el anexo 3 y 4), sin lograr respuesta positiva de la EPS, Así mismo se le ha reportado la situación presentada al comisario de familia y se espera las acciones de él como autoridad administrativa.

La gestora de caso realizo solicitud ante la superintendencia de salud, en cuanto se tenga respuesta se reportara de manera inmediata.

Quedando Atentas

PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ
COMPONENTE PSICOSOCIAL
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
3124564343

[El texto citado está oculto]
--

4 adjuntos

- **anexo 4.pdf** 118K
- **anexo 3.pdf** 96K
- **anexo 2.pdf** 101K
- **anexo 1.pdf** 98K

Gmail **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>**

RV: INFORME VISITA UNIDADES DE SERVICIO

2 mensajes

Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co> 2 de mayo de 2024, 17:45
Para: "hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com" <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>, FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Buenas tardes, remito para la gestión pertinente.

Visita realizada por la profesional Diana Paola Puliche.

El día de hoy se realiza recorrido a las unidades de servicio, no se encontró a la señora Ana Milena Valencia, del mismo modo, se visita a la señora Francy Nieto, la MS se encontraba en Neiva con el adolescente CRISHIAN DAVID ACOSTA en cita médica, en el momento de la visita se encontraba el padre sustituto, atiende la visita, en la unidad se encuentra ubicados dos adolescentes del CZ Neiva, la MS ha gestionado los controles de su edad, reportan buen comportamiento, los NNA actualmente escolarizados, niegan depresiòn, ideas suicidas, evasiones y/o eventos de violencia sexual, igualmente, se indaga al padre sustituto si el adolescente CRISHIAN DAVID tiene celular e informa que no, algunas veces la MS le presta el celular para investigar algunas tareas que le designan en la IE, los cuidadores argumentan que ellos vigilan el proceso. Yohan Sebastián Jojoa no se encontró en el momento de la visita, la cuidadora ha adelantado los controles de su edad.

Cordialmente,

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

CLAUDIA LILIANA VIDAL FLORIANO

Coordinadora

ICBF Sede Regional Huila - Centro Zonal La Plata

Calle 5B No. 9A - 05 Barrio Villa Isabella

Teléfono: 608 8371127 Ext.842000

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

2 adjuntos



image001.png
35K

INFORME VISITA FRANCY NIETO.pdf
3881K

---

hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com> 2 de mayo de 2024, 18:17

Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
Cc: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>, Coordinadorzona1hs <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>

Cordial saludo

Doctora Claudia, Se aclara que el usuario CRISTHIAN DAVID ACOSTA ingreso a la modalidad hogar sustituto en la fecha 7/02/2019, con declaratoria de adoptabilidad , pertenece al centro Zonal Neiva y fue trasladado a la unidad de servicio de la señora Francy Nieto en la fecha 9/02/2024, la madre sustituta lo que ha hecho es dar continuidad a las carpetas con las que ingreso el usuario que son mas de 5 tomos , y las certificaciones están en el primer tomo.

En cuanto el celular , se informa que el usuario al ingreso a la unidad de servicio contaba con equipo móvil autorizado por la autoridad administrativa ,pero este se daño.. Como se informo anterior mente el joven es declarado en adoptabilidad y lo que se espera que él desarrolle una vida acorde a su edad y necesidades, donde no se vea etiquetado por ser parte de una medida de protección.

Quedando Atentas

[El texto citado está oculto]

--
PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ
MELISSA RUIZ CASTRO

COMPONENTE PSICOSOCIAL
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
3124564343 - 3165320877

Gmail **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>**

UBICACIONES DE NNA HASTA LA FECHA

2 mensajes

Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co> 1 de mayo de 2024, 18:34
Para: "hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com" <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>, FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
Cc: Diana Paola Puliche Mendez <Diana.Puliche@icbf.gov.co>

Muy buenos dias, deseando se encuentren bien, remito solicitud de entrega de ubicaciones de NNA hasta la fecha. (en detalle)

Cordialmente,

CLAUDIA LILIANA VIDAL FLORIANO

Coordinadora

ICBF Sede Regional Huila - Centro Zonal La Plata

Calle 5B No. 9A - 05 Barrio Villa Isabella

Teléfono: 608 8371127 Ext.842000

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co



image001.png
35K

hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com> 1 de mayo de 2024, 19:42
Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
Cc: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Cordial saludo

Doctora Claudia, Adjuntamos base de datos actualizada a la fecha , quedando atentas.

[El texto citado está oculto]

--
PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ
MELISSA RUIZ CASTRO

COMPONENTE PSICOSOCIAL
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
3124564343 - 3165320877

Relación de cupos HS LA PLATA abril 2024 ...final.xlsx
148K

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, dispuso de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato; por lo anterior, en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata se cuenta con espacios adecuados para salvaguardar la información generada durante el proceso de atención de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto.

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

REVISION DE PLANILLAS DE CUPOS ATENDIDOS

coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com
<coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>

Lun 6/05/2024 1:25 PM

Para:Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>;Layla Yeline Betancourt Piamba <Layla.Betancourt@icbf.gov.co>;Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
CC:claudia.gonzales@icbf.gov.co <claudia.gonzales@icbf.gov.co>;Maryi Katerin Vargas Uni <Maryi.Vargas@icbf.gov.co>; rocio.sanchez@icbf.gov.co <rocio.sanchez@icbf.gov.co>;Gisla.Silva@icbf.gov.co <Gisla.Silva@icbf.gov.co>

1 archivos adjuntos (652 KB)

Rev Costo fijo Planilla HS YO TE CUIDO MARZO CT 41002102024.xlsm;

Doctora
Irma Almario
Coordinadora
Centro Zonal Garzón

Doctora
Layla Betancourt
Coordinadora
Centro Zonal Pitalito

Doctora
Claudia Vidal
Coordinadora
Centro Zonal La Plata

Cordial Saludo,

Por medio de la presente envío planillas de atencion para la respectiva verificación y aprobación.

Nota: algunos beneficiarios son de los centros zonales Neiva y Gaitana, por favor validar

Quedo atento a cualquier inquietud.

Atentamente,

Fabian A. Lamilla G
Coordinador
Fundación Social Yo Te Cuido
Cel. 3147846983

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, atendió un total de 98 cupos en la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, los cuales se discriminan a continuación:

Centro zonal	Vulneración	Discapacidad	Total
Garzón	28 cupos	07 cupos	35 cupos
Pitalito	20 cupos	11 cupos	31 cupos
La plata	26 cupos	06 cupos	32 cupos
total			98 cupos

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

1/04/2024 30/04/2024

Disponibilidad de cupo / Capacidad instalada	NOVEDAD	FECHA DE INGRESO A LA MODALIDAD	MODALIDAD	CENTRO ZONAL	NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA	NUMERO DE CEDULA DE LA MADRE SUSTITUTA	FECHA DE NACIMIENTO DEL USUARIO	EDAD DEL USUARIO	GENERO	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO USUARIO	SIM	NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	FECHA DE INGRESO AL HOGAR SUSTITUTO	FECHA DE EGRESO	DIAS
		28/12/2023	**Discapacidad**	**La Plata**	**Ana Milena Valencia**	29122846	**5/10/2014**	**9 Año(s), 7 Mes(es)**	**MASCULINO**	**T.I. 1077241418**	**23433836**	**ADAN LAVAO RIVERA**	**28/12/2023**		**30**
		13/06/2022	Vulneración	Neiva	Ana Milena Valencia	29122846	2/10/2009	14 Año(s), 7 Mes(es)	MASCULINO	T.I 1.007.232.302	232111211	JHON FREDY ALEXANDER ABELLA CHAUX	29/11/2023		30
	EGRESO	13/12/2023	Vulneración	La Plata	Dayana Caterin Diaz	1061728361	7/07/2010	13 Año(s), 10 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1081405084	23438408	TANIA ISABELLA TELLEZ GOMEZ	13/12/2023	11/04/2024	10,5
		28/02/2024	Vulneración	La Plata	Dayana Caterin Diaz	1061728361	26/01/2017	7 Año(s), 3 Mes(es)	MASCULINO	R.C 1145831001	23438070	JAIRO EMIR QUINTERO PENHA	28/02/2024		30
		24/01/2024	Vulneración	La Plata	Dayana Caterin Diaz	1061728361	19/02/2008	16 Año(s), 3 Mes(es)	MASCULINO	T.I 110044908	23438642	FARID SILVA BARRERA	24/01/2024		30
	INGRESO	17/08/2022	Vulneración	Pitalito	Dayana Caterin Diaz	1061728361	2/03/2012	12 Año(s), 2 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1161215266	SIN INFORMACION	DANIELA ALEJANDRA VILLAMIL LUENGAS	30/04/2024		0,5
		09/04/2024	Vulneración	La Plata	Dayana Caterin Diaz	1061728361	25/03/2020	4 Año(s), 1 Mes(es)	FEMENINO	R.C 1081618593	23439254	DENCY CARINA CUNACUE	26/04/2024		4,5
		09/04/2024	Vulneración	La Plata	Dayana Caterin Diaz	1061728361	27/02/2018	6 Año(s), 2 Mes(es)	FEMENINO	R.C 1081423813	1763995826	LUCIANA CUNACUE YUCUE	26/04/2024		4,5
		13/10/2023	Vulneración	La Plata	Disney Garcia Gualteros	36382703	9/07/2014	9 Año(s), 10 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1080265163	no tiene SIM	KELLY JHOANA FERNANDEZ PENNA	13/10/2023		30
	INGRESO	18/04/2024	Vulneración	Neiva	Disney Garcia Gualteros	36382703	12/01/2008	16 Año(s), 4 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1121864259	no tiene SIM	ASTRID JOHANA VARGAS QUIMBAY	18/04/2024		12,5
	INGRESO /CAMBIO DE UNIDAD	17/04/2024	Vulneración	Pitalito	Disney Garcia Gualteros	36382703	12/10/2014	9 Año(s), 7 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1083918354	235100395	MARIA JOSE FIGUEROA ORTEGA	17/04/2024	24/04/2024	7
			Vulneración	Neiva	Disney Garcia Gualteros	36382703	13/12/2011	12 Año(s), 5 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1075801282	23237527	MARIA DE LOS ANGELES BURGOS CABALLERO	24/04/2024		6,5
		14/02/2024	Vulneración	La Plata	Disney Garcia Gualteros	36382703	19/04/2009	15 Año(s), 1 Mes(es)	MASCULINO	T.I 1094919748	23438915	CRISTIAN MAURICIO OME TELLES	27/02/2024		30
		28/02/2024	Vulneración	Neiva	Elvia Yolima Sanchez Caupaz	36380913	4/12/2009	14 Año(s), 5 Mes(es)	MASCULINO	T.I 1083894004	232118840	JOHAN ANDRES JIMENEZ ORDOÑEZ	28/02/2024		30
		30/01/2024	Vulneración	La Plata	Elvia Yolima Sanchez Caupaz	36380913	20/02/2010	14 Año(s), 3 Mes(es)	MASCULINO	T.I 1083901343	23438720	OSCAR MEJÍA LLANOS	30/01/2024		30
		23/03/2023	Vulneración	Neiva	Francy Yorlay Nieto Cotacio	25464784	22/06/2014	9 Año(s), 10 Mes(es)	MASCULINO	T.I. 1080187857	232113219	YOHAN SEBASTIAN JOJOA PALENCIA	23/03/2023		30
		7/02/2019	**Discapacidad**	**Neiva**	**Francy Yorlay Nieto Cotacio**	**25464784**	**26/06/2007**	**16 Año(s), 10 Mes(es)**	**MASCULINO**	**T.I 1117971444**	**18033615**	**CRISTHIAN DAVID ACOSTA CERON**	**9/02/2024**		**30**
		21/12/2023	Vulneración	La Plata	Leidy Constanza Gomez Ardila	1117529340	5/09/2012	11 Año(s), 8 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1096037678	23438454	KRISHDAEL MARTINEZ BARONA	21/12/2023		30
		31/01/2024	**Discapacidad**	**La Plata**	**Leidy Constanza Gomez Ardila**	**1117529340**	**12/09/2014**	**9 Año(s), 8 Mes(es)**	**FEMENINO**	**T.I 1061225531**	**1763806813**	**TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS**	**13/02/2024**		**30**
		28/12/2023	Vulneración	La Plata	Leidy Constanza Gomez Ardila	1117529340	10/10/2009	14 Año(s), 7 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1081408637	23438475	ASHLY XIOMARA GUEVARA	28/12/2023		30
		01/03/2024	**Discapacidad**	**La Plata**	**Maria Magdalena Quintero**	**36379341**	**16/07/2014**	**9 Año(s), 10 Mes(es)**	**MASCULINO**	**1.083.917.027**	**1763561196**	**JAMES ANDRES COLLAZOS GUAGAS**	**01/03/2024**		**30**
		16/08/2023	Vulneración	La Plata	Maria Magdalena Quintero	36379341	1/08/2012	11 Año(s), 9 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1145827589	23437299	LEIDY JOHANA MENSA MOPAN	18/01/2024		30
	INGRESO	03/04/2024	Vulneración	La Plata	Maria Magdalena Quintero	36379341	6/06/2011	12 Año(s), 11 Mes(es)	FEMENINO	T.I 181411986	23439132	ANA SOFIA ORTIZ CONTRERAS	03/04/2024		27,5
	CAMBIO DE UNIDAD	07/03/2024	Vulneración	La Plata	Olga Beatriz Solorzano	36381366	23/11/2010	13 Año(s), 5 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1,145,826,216	no tiene SIM	KAREN SOFIA CACERES ARGOTI	07/03/2024	**5/04/2024**	4,5
	CAMBIO DE UNIDAD	01/11/2023	Vulneración	La Plata	Olga Beatriz Solorzano	36381366	8/06/2011	12 Año(s), 11 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1081412013	23438091	LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO	06/03/2024	**10/04/2024**	9,5
	INGRESO	08/04/2024	Vulneración	La Plata	Olga Beatriz Solorzano	36381366	16/03/2019	5 Año(s), 2 Mes(es)	MASCULINO	R.C 1.080.267.572	23439245	ANDRES ESTIBEN OTELARIVERA	08/04/2024		22,5
	INGRESO	08/04/2024	Vulneración	La Plata	Olga Beatriz Solorzano	36381366	5/11/2013	10 Año(s), 6 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1082158993	23439244	SARA VALENTINA OTELA RIVERA	08/04/2024		22,5
	INGRESO // CAMBIO DE UNIDAD	16/04/2024	Vulneración	Neiva	Olga Beatriz Solorzano	36381366	13/12/2011	12 Año(s), 5 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1075801282	23237527	MARIA DE LOS ANGELES BURGOS CABALLERO	16/04/2024	**24/04/2024**	8
	INGRESO	01/05/2024	Vulneración	La Plata	Olga Beatriz Solorzano	36381366	21/04/2010	14 Año(s), 1 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1145825663	23439371	Mariana Aceneth Acosta Gutierrez	01/05/2024		-0,5
	CAMBIO DE UNIDAD /SEMANA PROYECTO	**13/07/1994**	**Discapacidad**	**La Plata**	**Rosalba Serrato Vargas**	**36376687**	**4/09/1982**	**41 Año(s), 8 Mes(es)**	**MASCULINO**	**C.C 12282240**	**23404106**	**JUAN CARLOS RAMIREZ MUÑOZ**	**18/07/2022**		**30**
	CAMBIO DE UNIDAD	28/02/2023	Vulneración	La Plata	Rosalba Serrato Vargas	36376687	17/02/2013	11 Año(s), 3 Mes(es)	MASCULINO	T.I 1081415451	23434646	JUAN CARLOS PAZ QUILINDO	06/03/2024	**10/04/2024**	9,5
	INGRESO // CAMBIO DE UNIDAD /SEMANA	09/04/2024	Vulneración	La Plata	Rosalba Serrato Vargas	36376687	25/03/2020	4 Año(s), 1 Mes(es)	FEMENINO	R.C 1081618593	23439254	DENCY CARINA CUNACUE	09/04/2024	**26/04/2024**	17
	INGRESO // CAMBIO DE UNIDAD /SEMANA	09/04/2024	Vulneración	La Plata	Rosalba Serrato Vargas	36376687	27/02/2018	6 Año(s), 2 Mes(es)	FEMENINO	R.C 1081423813	1763995826	LUCIANA CUNACUE YUCUE	09/04/2024	**26/04/2024**	17
		16/09/2023	Vulneración	La Plata	Yohaira Arandia Martinez	55131290	16/09/2023	0 Año(s), 8 Mes(es)	FEMENINO	R.C. 1.081.428.232	23437543	MARIA ISABEL SALAZAR PERDOMO	16/09/2023		30
		13/02/2024	Vulneración	La Plata	Yohaira Arandia Martinez	55131290	1/11/2009	14 Año(s), 6 Mes(es)	MASCULINO	T.I 1022972113	23438850	JHON ALEXANDER QUILINDO QUILINDO	27/02/2024		30
		07/03/2024	Vulneración	La Plata	Yohaira Arandia Martinez	55131290	23/11/2010	13 Año(s), 5 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1,145,826,216	no tiene SIM	KAREN SOFIA CACERES ARGOTI	**5/04/2024**		25,5
		30/08/2023	Vulneración	La Plata	Yohaira Arandia Martinez	55131290	18/11/2009	14 Año(s), 6 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1079410109	23437543	ADRIANA PATRICIA SALAZAR PERDOMO	30/08/2023		30
		13/07/1994	**Discapacidad**	**La Plata**	Yohaira Arandia Martinez	55131290	**4/09/1982**	**41 Año(s), 8 Mes(es)**	**MASCULINO**	**C.C 12282240**	**23404106**	**JUAN CARLOS RAMIREZ MUÑOZ**	**26/04/2024**		**4,5**
		01/11/2023	Vulneración	La Plata	Mireya Chimbaco Marin	36383845	8/06/2011	12 Año(s), 11 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1081412013	23438091	LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO	10/04/2024		20,5
		28/02/2023	Vulneración	La Plata	Mireya Chimbaco Marin	36383845	17/02/2013	11 Año(s), 3 Mes(es)	MASCULINO	T.I 1081415451	23434646	JUAN CARLOS PAZ QUILINDO	10/04/2024		20,5
		17/04/2024	Vulneración	Pitalito	Mireya Chimbaco Marin	36383845	12/10/2014	9 Año(s), 7 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1083918354	235100395	MARIA JOSE FIGUEROA ORTEGA	24/04/2024		6,5

UNIDAD DE SERVICIO CON CAPACIDAD PARA 2 NIÑAS	EGRESO	26/02/2024	Vulneración	NEIVA	ANA MILENA FRAGUA POVEDA	55057466	20/04/2013	11 Año(s), 1 Mes(es)	FEMENINO	T.I. - 1117972099	1763980955	YHEIRA FERNANDA OCAMPO AYALA	26/02/2024	12/04/2024	-17,5
	EGRESO	21/02/2024	Vulneración	PITALITO	ANA MILENA FRAGUA POVEDA	55057466	12/08/2008	15 Año(s), 9 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1084254874	235100682	KAREN DAYANA RIVERA ANACONA	21/02/2024	15/04/2024	-14,5
		19/03/2024	Vulneración	GARZÓN	ANA MILENA FRAGUA POVEDA	55057466	8/04/2007	17 Año(s), 1 Mes(es)	FEMENINO	TI 1117813446	23349377	VALENTINA SARRIAS	19/03/2024		30
UNIDAD DE SERVICIO SIN CUPO NI CAPACIDAD INSTALADA		25/11/2019	Vulneración	GARZÓN	ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS	55062718	31/03/2005	19 Año(s), 1 Mes(es)	FEMENINO	C.C 1115943303	23344761	LEIDY YOHANA ALEY PERDOMO	23/11/2023		30
		17/11/2023	Vulneración	GARZÓN	ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS	55062718	2/12/2006	17 Año(s), 5 Mes(es)	FEMENINO	TI-1117504923	23344762	KERLY VIVIANA ALEY PERDOMO	17/11/2023		30
		15/03/2024	Vulneración	GARZÓN	ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS	55062718	Sin informacion		MASCULINO	Sin informacion	235101505	ELIAN SAIR PEREZ SANDOVAL	15/03/2024		30
UNIDAD DE SERVICIO SIN CUPO NI CAPACIDAD INSTALADA		22/02/2023	Vulneración	PITALITO	CLARA INES ROJAS CUMBE	55070054	10/06/2010	13 Año(s), 11 Mes(es)	FEMENINO	T.I 083896634	23597351	MARIA FERNANDA GOMEZ ULTENGO	9/08/2023		30
		17/07/2023	Vulneración	GARZÓN	CLARA INES ROJAS CUMBE	55070054	23/09/2021	2 Año(s), 7 Mes(es)	MASCULINO	RC-1079392462	23349245	ANDRES FABIAN PIZO BERMUDEZ	31/07/2023		30
		22/03/2024	Vulneración	PLATA	CLARA INES ROJAS CUMBE	55070054	22/06/2008	15 Año(s), 10 Mes(es)	FEMENINO	TI 1081406540	23425926	ANERALI GIRALDO ESCOBAR	22/03/2024		30
	INGRESO	18/04/2024	Vulneración	GARZON	CLARA INES ROJAS CUMBE	55070054						LUZ ANGELA SIERRA VILLANI	18/04/2024		30
UNIDAD CON MEZCLA DE POBLACIONES SIN CUPO NI CAPACIDAD INSTALADA		**15/02/2019**	**Discapacidad**	**GARZÓN**	**EDUVIGES GONZÁLEZ MONTEALEGRE**	**26500580**	**23/02/2009**	**15 Año(s), 2 Mes(es)**	MASCULINO	**TI-1117234932**	**23672191**	**ALEXIS CARDONA CALDERON**	**23/09/2020**		**30**
		18/12/2023	Vulneración	PITALITO	EDUVIGES GONZÁLEZ MONTEALEGRE	26500580	1/04/2018	6 Año(s), 1 Mes(es)	MASCULINO	RC - 1083943842	235100804	YOIMER DANIEL ALVAREZ BARRETO	18/12/2023	25/04/2024	-4,5
		18/12/2023	Vulneración	PITALITO	EDUVIGES GONZÁLEZ MONTEALEGRE	26500580	10/05/2020	4 Año(s), 0 Mes(es)	FEMENINO	IE - 27927714	235100805	DANYELA SOFIA ALVAREZ BARRETO	18/12/2023	25/04/2024	-4,5
	INGRESO	18/04/2024	Vulneración	GARZÓN	EDUVIGES GONZÁLEZ MONTEALEGRE	26500580	16/11/2012	11 Año(s), 6 Mes(es)	FEMENINO	TI.1059474800		SHAROL NIKOL MAMIAN VILLANI	18/04/2024		30
	INGRESO	19/04/2024	Vulneración	GARZÓN	EDUVIGES GONZÁLEZ MONTEALEGRE	26500580	3/06/2011	12 Años 10 meses	MASCULINO	TI 1117935174		**KEVIN JOSE SANTANA CIFUENTES**	**19/04/2023**	23/04/2024	-6,5
unidad con cupo para una niña o adolescentes menor de 12 años	INGRESO	11/04/2024	Vulneración	GARZÓN	FANNY CEDIEL DE FERNANDEZ	26491920	21/05/2016	8 Año(s), 0 Mes(es)	FEMENINO	1.077.875.949	23350523	EMILY SOFIA FAJARDO GALINDO	11/04/2024		30
	INGRESO	18/04/2024	Vulneración	ACEVEDO	FANNY CEDIEL DE FERNANDEZ	26491920	13/01/2017	7 Año(s), 4 Mes(es)	FEMENINO	TI 1.144.636.636		SOFIA ALEJANDRA BERNAL RODRIGUEZ	18/04/2024		30
		5/08/2021	**Discapacidad**	**GARZÓN**	**FANNY CEDIEL DE FERNANDEZ**	**26491920**	**3/08/2021**	**2 Año(s), 9 Mes(es)**	**MASCULINO**	**RC 1077882338**	**1762709488**	**NICOLAS RODRIGUEZ MANZANO**	**01/04/2022**		**30**
unidad con cupo para una niña entre los 8 y 12 años		29/12/2022	Vulneración	GARZÓN	**MARLENY FRAGUA POVEDA**	26491004	6/05/2010	14 Año(s), 0 Mes(es)	FEMENINO	TI1082157623	23348455	LINA SOFIA TRUJILLO	29/12/2022		30
		1/12/2023	Vulneración	GARZÓN	MARLENY FRAGUA POVEDA	26491004	1/03/2019	5 Año(s), 2 Mes(es)	FEMENINO	SD - SD - 272854776966630	1763883310	KAREN CUELLAR	1/12/2023		30
	CAMBIO DE UNIDAD	21/11/2023	Vulneración	GARZÓN	MARLENY FRAGUA POVEDA	26491004	2/12/2011	12 Año(s), 5 Mes(es)	FEMENINO	T.I. - 1077867113	1763841932	MABEL VIEDA CAMPOS	28/03/2024		
unidad con cupo para un niño de 3 a 6 años		19/08/2020	Vulneración	GARZÓN	MIRYAM ALMARIO CALDERON	26491705	19/08/2020	3 Año(s), 9 Mes(es)	MASCULINO	RC-10815119078	23344540	ANGEL DAVID TRUJILLO GUARNIZO	26/12/2022		30
		15/03/2024	Vulneración	PITALITO	MIRYAM ALMARIO CALDERON	26491705	Sin informacion	6 AÑOS	FEMENINO	Sin informacion	235101505	NAHARA ZURITH PEREZX SANDOVAL	15/03/2024		30
		15/03/2024	Vulneración	PITALITO	MIRYAM ALMARIO CALDERON	26491705	Sin informacion	4 AÑOS	MASCULINO	Sin informacion	235101505	YILBER JESUS PEREZ SANDOVAL	15/03/2024		30
UNIDAD SIN CUPO NI CAPACIDAD INSTALADA		**11/05/2018**	**Discapacidad**	**GARZÓN**	**OLGA LUCIA TRIANA CASAS**	**1077856836**	**4/03/2010**	**14 Año(s), 2 Mes(es)**	**MASCULINO**	**TI 1117234933**	**23330129**	**VICTOR MANUEL CARDONA CALEDRON**	**30/10/2023**		**30**
	CAMBIO DE UNIDAD	19/04/2024	Vulneración	GARZÓN	OLGA LUCIA TRIANA CASAS	26500580	3/06/2011	12 Años 10 meses	MASCULINO	TI 1117935174		**KEVIN JOSE SANTANA CIFUENTES**	23/04/2024		
UNIDAD SIN CUPO NI CAPACIDAD INSTALADA		**6/12/2018**	**Discapacidad**	**GARZÓN**	**ONEIDA SUAREZ ANDRADE**	**55066773**	**25/03/2013**	**11 Año(s), 1 Mes(es)**	**FEMENINO**	**TI-1129006158**	**23347280**	**PAULA TATIANA BELTRAN DEVIA**	**19/02/2021**		**30**
		9/02/2024	Vulneración	GARZÓN	ONEIDA SUAREZ ANDRADE	55066773	16/09/2020	3 Año(s), 8 Mes(es)	MASCULINO	RC 1082161150	23347227	JACOBO NOE YAQUINO	9/02/2024		30
		19/02/2011	**Discapacidad**	**GARZÓN**	**ONEIDA SUAREZ ANDRADE**	**55066773**	**28/11/2003**	**20 Año(s), 5 Mes(es)**	**MASCULINO**	**C.C 1075539351**	**23303911**	**ANDRES FELIPE BARRAGAN PALOMINO**	**29/12/2022**		**30**
UNIDAD SIN CUPO NI CAPACIDAD INSTALADA		9/02/2024	vulneración	GARZÓN	PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA	55065021	18/12/2014	9 Año(s), 5 Mes(es)	FEMENINO	TI 1145732142	23348901	SHARITH MARIANA SERRANO ALMARIO	9/02/2024		30
		16/02/2024	Vulneración	NEIVA	PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA	55065021	7/01/2015	9 Año(s), 4 Mes(es)	FEMENINO	T.I - 1077214783	232116927	LUCIANA MICHELE CASTRO VARGAS	16/02/2024		30
		16/02/2024	Vulneración	NEIVA	PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA	55065021	10/10/2016	7 Año(s), 7 Mes(es)	FEMENINO	T.I. - 1076514024	232116928	VALERIN SOFIA CASTRO VARGAS	16/02/2024		30
UNIDAD SIN CUPO NI CAPACIDAD INSTALADA		17/01/2024	Vulneración	GARZÓN	ROSA TERRIOS CASTILLO	55067256	23/10/2010	13 Año(s), 6 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1082157242	23350013	MARIA GUADALUPE PIZO BERMUDEZ	17/01/2024		30
		12/03/2024	Vulneración	GARZÓN	ROSA TERRIOS CASTILLO	55067256	18/02/2009	15 Año(s), 3 Mes(es)	FEMENINO	TI 1081514917	23350386	INGRID DAYANA MUÑOZ CHAVARRO	12/03/2024		30
		12/03/2024	Vulneración	GARZÓN	ROSA TERRIOS CASTILLO	55067256	4/01/2011	13 Año(s), 4 Mes(es)	FEMENINO	TI 1081516023	23350385	CARMEN YULIETH MUÑOZ MUÑOZ	12/03/2024		30
UNIDAD SIN CUPO NI CAPACIDAD INSTALADA		23/02/2023	Vulneración	GARZÓN	SANDRA MILENA CALDERON	1012354241	1/03/2022	2 Año(s), 2 Mes(es)	MASCULINO	RC 1077882593	23348084	ALAN MATIAS OSPINA VITOVIS	23/02/2023		30
		18/10/2023	vulneración	GARZÓN	SANDRA MILENA CALDERON	1012354241	26/09/2009	14 Año(s), 7 Mes(es)	MASCULINO	T.I 1077861682	23349805	WILMAR ESTIVEN CUELLAR ULTENGO	28/02/2024		30
		27/02/2023	Vulneración	GARZÓN	SANDRA MILENA CALDERON	1012354241	25/12/2022	1 Año(s), 4 Mes(es)	FEMENINO	RC 1082132466	23348733	ASLYN YULIETH CRUZ PEREZ	1/12/2023		30
UNIDAD SIN CUPO NI CAPACIDAD INSTALADA		**12/10/2017**	**Discapacidad**	**GARZÓN**	**VIANEY GALINDO**	**1122722966**	**25/10/2016**	**7 Año(s), 6 Mes(es)**	**MASCULINO**	**RC-1082130780**	**23340273**	**JESUS DANIEL VALENCIA SACANANBOY**	**18/01/2024**		**30**
		4/03/2024	**Discapacidad**	**NEIVA**	**VIANEY GALINDO**	**1122722966**	**13/07/2010**	**13 Año(s), 10 Mes(es)**	**FEMENINO**	**TI1075799191**	**23231013**	**YULI ANDREA CABALLERO ORDOÑEZ**	**4/03/2024**		**30**
	INGRESO	22/04/2024	Vulneración	GARZÓN	VIANEY GALINDO	1122722966	22/09/2015	8 Año(s), 7 Mes(es)	MASCULINO	TI 1.115.733.437	23350652	JOSE DEINER VASQUEZ ROJAS	22/04/2024		8,5

		11/06/2013	**Discapacidad**	**PITALITO**	**ELSA MARIA ROJAS CLAROS**	**26452632**	**26/02/2000**	**24 Año(s), 1 Mes(es)**	FEMENINO	**C.C 1111263696**	**23500580**	**LAURA MARIA BOCANEGRA LLANOS**	**11/06/2008**		**30**
		17/07/2019	Vulneración	PITALITO	ELSA MARIA ROJAS CLAROS	26452632	10/09/2009	14 Año(s), 7 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1083892928	23580655	MARIA JOSE SALGADO VEGA	1/02/2023		30
		3/11/2023	Vulneración	PITALITO	ELSA MARIA ROJAS CLAROS	26452632	28/04/2023	0 Año(s), 11 Mes(es)	FEMENINO	R.C 1075327944	235100386	DAYLIN LUCIANA BARRERA JIMENEZ	18/12/2023		30
		13/03/2023	Vulneración	PITALITO	ELSA MARIA ROJAS CLAROS	26452632	4/06/2013	10 Año(s), 10 Mes(es)	FEMENINO	TI 1144630774	23598446	MARIA DEL MAR GALINDEZ BRAVO	15/06/2023		30
		5/02/2022	Vulneración	PITALITO	ELSA MARIA ROJAS CLAROS	26452632	29/01/2020	4 Año(s), 2 Mes(es)	MASCULINO	RC 1075305209	23592916	KEVIN MATIAS MALES REALPE	1/02/2023		30
		5/05/2023	Vulneración	PITALITO	KAREN DARIANA CALDERON	1083893442	2/07/2016	7 Año(s), 9 Mes(es)	FEMENINO	RC 1084335511	23597210	MARIA STHEPHANY CUSPIAN CABALLERO	30/08/2023		30
	EGRESO	17/08/2022	Vulneración	PITALITO	KAREN DARIANA CALDERON	1083893442	2/03/2012	12 Año(s), 1 Mes(es)	FEMENINO	T.I. 1161215266	23595631	DANIELA ALEJANDRA VILLAMIL LUENGAS	29/02/2024	**29/04/2024**	30
		23/05/2022	**Discapacidad**	**PITALITO**	**KAREN DARIANA CALDERON**	**1083893442**	**16/02/2011**	**13 Año(s), 2 Mes(es)**	**FEMENINO**	**T.I. 1076910049**	**23594588**	**ASTRID NICOL MAGON TIQUE**	**19/07/2023**		**30**
		23/05/2022	**Discapacidad**	**PITALITO**	**KAREN DARIANA CALDERON**	**1083893442**	**23/05/2008**	**15 Año(s), 11 Mes(es)**	**MASCULINO**	**T.I. 1083887636**	**23594589**	**JOSE CAMILO MAGON TIQUE**	**19/07/2023**		**30**
		11/08/2023	Vulneración	PITALITO	OMAIRA DIAZ MOLINA	36295884	25/05/2020	3 Año(s), 10 Mes(es)	FEMENINO	RC.- 1083987253	235100543	ELIZABETH MILAGROS SAMBONI	11/08/2023		30
		11/08/2023	Vulneración	PITALITO	OMAIRA DIAZ MOLINA	36295884	15/03/2018	6 Año(s), 1 Mes(es)	MASCULINO	R.C -1077248471	235100542	YASTIN ALEJANDRO SAMBONI	11/08/2023		30
	INGRESO	**18/04/2024**	Vulneración	PITALITO	OMAIRA DIAZ MOLINA	36295884	3/06/2012	11 Año(s), 10 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1.083.907.392	1764089392	HEIDY VANESSA PERAFÁN URBANO	**18/04/2024**		5
		06/08/2021	Vulneración	PITALITO	OLGA LUCIA ROJAS RIVAS	36275064	30/09/2013	10 Año(s), 6 Mes(es)	MASCULINO	T.I 1083913448	23592663	DILAN CAMILO ROMERO PRIETO	14/08/2023		30
		22/09/2000	**Discapacidad**	**PITALITO**	**OLGA LUCIA ROJAS RIVAS**	**36275064**	**24/07/2000**	**23 Año(s), 8 Mes(es)**	**MASCULINO**	**C.C 1004417813**	**23100888**	**ALEXANDER SEMANATE**	**22/09/2000**		**30**
		26/05/2022	**Discapacidad**	**PITALITO**	**OLGA LUCIA ROJAS RIVAS**	**36275064**	**23/07/2014**	**9 Año(s), 9 Mes(es)**	**MASCULINO**	**T.I. 1144633205**	**23589008**	**SEBASTIAN GARZON CUELLAR**	**27/02/2024**		**30**
		1/02/2013	Vulneración	PITALITO	OLGA LUCIA ROJAS RIVAS	36275064	17/09/2012	11 Año(s), 7 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1106453918	23596376	LAURA VALENTINA GALICIA CARDENAS	27/10/2022		30
		04/02/2021	Vulneración	PITALITO	OLGA LUCIA ROJAS RIVAS	36275064	12/02/2011	13 Año(s), 2 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1115949404	23588067	NIYIRETH TORO VARGAS	16/02/2022		30
	EGRESO	01/11/2023	Vulneración	PITALITO	LUZ NELLY URBANO MURCIA	26567386		5 Años	MASCULINO	1115954286		JOHAN SMITH VALENCIA VALENCIA	26/03/2024	**8/04/2024**	5,5
		22/11/2023	**Discapacidad**	**PITALITO**	**LUZ NELLY URBANO MURCIA**	**26567386**	**21/08/2014**	**9 Año(s), 8 Mes(es)**	**MASCULINO**	**1144633353**	**1763864614**	**ANDRÉS FELIPE MARTÍNEZ MALES**	**26/03/2024**		**5,5**
		22/11/2023	**Discapacidad**	**PITALITO**	**LUZ NELLY URBANO MURCIA**	**26567386**	**7/12/2017**	**6 Año(s), 4 Mes(es)**	**FEMENINO**	**1083931201**	**23599136**	**YULIANA PALOMA MARTÍNEZ MALES**	**26/03/2024**		**5,5**
		22/11/2023	**Discapacidad**	**PITALITO**	**LUZ NELLY URBANO MURCIA**	**26567386**	**23/08/2011**	**12 Año(s), 8 Mes(es)**	**MASCULINO**	**1082158033**	**235100570**	**EMANUEL SANTIAGO MARTÍNEZ MALES**	**26/03/2024**		**5,5**
		03/04/2022	Vulneración	PITALITO	MARYEN LUCIA NARVAEZ IJAJI	25292920	22/08/2008	15 Año(s), 8 Mes(es)	MASCULINO	T.I.1076741193	23589809	DAIRON LEONARDO ROSAS CALVO	31/01/2024		30
		05/072018	Discapacidad	NEIVA	MARYEN LUCIA NARVAEZ IJAJI	25292920	24/12/2014	9 AÑOS	MASCULINO	**T.I 1076916874**	**23668163**	LEIDER SANTIAGO RODRIGUEZ	5/06/2023		30
		04/12/2023	Vulneración	PITALITO	MARYEN LUCIA NARVAEZ IJAJI	25292920	30/03/2008	16 Año(s), 0 Mes(es)	MASCULINO	RC - 1084254396	23599182	YADER ESTEBAN GONZALES SAMBONI	29/02/2024		30
		11/08/2023	Vulneración	PITALITO	MARYEN LUCIA NARVAEZ IJAJI	25292920	2/10/2014	9 Año(s), 6 Mes(es)	MASCULINO	T.I 1083986262	235100544	HECTOR STIVEN SAMBONI GOLONDRINO	11/08/2023		30
		20/06/2014	Vulneración	PITALITO	YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA	1083887399	4/04/2002	22 Año(s), 0 Mes(es)	FEMENINO	C.C 1119212746	23534835	YENNY PATRICIA TIRADO TORO	23/11/2023		30
		21/07/2023	Vulneración	PITALITO	YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA	1083887399	1/11/2015	7 AÑOS, 10 MESES	FEMENINO	T.I 1084260020	23599651	SOFIA HOYOS CHILITO	29/02/2024		30
		11/08/2023	Vulneración	PITALITO	YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA	1083887399	1/10/2010	13 Año(s), 6 Mes(es)	FEMENINO	T.I 1144627702	23599723	LAURA ISABEL DORADO RUIZ	9/01/2024		30
	INGRESO	**18/04/2024**	Vulneración	PITALITO	YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA	1083887399	9/03/2024	0 Año(s), 1 Mes(es)	MASCULINO	R.C 1.083.944.110	235101967	KEVIN ESNEIDER CULMA MONTOYA	18/04/2024		5
		07/02/2007	**Discapacidad**	**PITALITO**	**YUDYS PAOLA HOYOS OSORIO**	**36288105**	**6/05/2006**	**17 Año(s), 11 Mes(es)**	MASCULINO	**T.I 1077226739**	**23100869**	**PEDRO JOSÉ ASTUDILLO BOLAÑOS**	**4/07/2023**		**30**
		30/01/2018	**Discapacidad**	**PITALITO**	**YUDYS PAOLA HOYOS OSORIO**	**36288105**	**22/09/2001**	**22 Año(s), 7 Mes(es)**	**MASCULINO**	**C.C 1003805832**	**23569342**	**FABIAN GUZMAN QUIZA**	**11/01/2024**		**30**
		24/10/2023	Vulneración	PITALITO	YUDYS PAOLA HOYOS OSORIO	36288105	7/04/2008	16 Año(s), 0 Mes(es)	MASCULINO	T.I: 1117264916	235100334	BRAYAN STIVEN ORTIZ	24/10/2023		30
		09/09/2021	Vulneración	PITALITO	YUDYS PAOLA HOYOS OSORIO	36288105	2/07/2004	19 Año(s), 9 Mes(es)	MASCULINO	C.C. 1076903576	23590449	JUAN FELIPE VEGA VERGARA	7/07/2023		30



YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA

REPRESENTANTE LEGAL

10300

Bogotá, D.C

MEMORANDO

Para: Dr. Jeason Ariel Cossio Ibarguen
Jefe Oficina de Aseguramiento a la Calidad

ASUNTO: Cumplimiento de la Propuesta de Implementación y Cualificación – PIYC

Dentro del proceso de solicitud de Licencia de Funcionamiento de la **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** radicado **ONLINE 1110** para operar la modalidad **Hogar Sustituto (Discapacidad)**, cuya población:

* Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.

* Niñas, niños y adolescentes en edades de cero (0) a (18) años con una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal) con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.

* Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adoptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos.

* Mayores de (18) años con discapacidad y/o una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal), que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y cuyo cuidado puede ser asumido por una madre o padre sustitutos.

* Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años con discapacidad, hijos e hijas de adolescentes desvinculadas de grupos armados organizados al margen de la ley.

Sede Administrativa: Calle 21 # 7ª -20 Avenida Tenerife, del municipio de Neiva en el departamento del Huila, informo que, sobre la verificación documental de los requisitos técnicos establecidos en la normativa vigente, se encuentran cumplidos los contenidos de la Propuesta de Implementación y Cualificación - PIYC:

1. **Portada:** Se describe la regional, el nombre del operador, la descripción de la modalidad junto con la población, municipio y dirección de la sede operativa y administrativa.

2. **Propuesta de Implementación:** Incluye la contextualización de acuerdo con la población realizando un breve diagnóstico del problema, implementando estrategias propias de la entidad y proponiendo acciones o metodologías para lograr los resultados esperados.

3. **Propuesta de Cualificación:** Describen las acciones o estrategias para la cualificación del talento humano, las herramientas y tiempos para la implementación y evaluación de las estrategias de mejoramiento continuo, prevención de situaciones de riesgo y las estrategias de participación de los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

4. **Evidencias:** Se incluyen los formatos que permiten evidenciar el desarrollo de lo planteado en la propuesta de implementación y cualificación.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con el "Lineamiento Técnico para la implementación del modelo de Atención, dirigido a Niños, Niñas y Adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos, Versión 1*. Aprobado mediante Resolución No. 4199 de 15 de julio de 2021 y el Manual operativo modalidades y servicio para la atención de las niñas, los niños y los adolescentes, con proceso*

administrativo de restablecimiento de derechos. **Versión 2.** *De fecha* **08/07/2022** Aprobado ***mediante Resolución No. 3368 de 20 de junio de 2022****".* Vigente se da **APROBACIÓN** a la Propuesta de Implementación y Cualificación - PIYC de la **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** a los veintinueve (**29**) días del mes de junio (**06**) de **2023.**

Se precisa que el ajuste del Plan de Implementación y Cualificación – PIYC se debe dar de manera anual con soporte de la respectiva aprobación o en caso de no requerir ajuste debe existir un acta del Representante Legal o Director de la entidad en la cual se deje constancia citando las razones a que haya lugar. Posterior a ello, la Dirección Regional emitirá oficio dando aval por un año más de la aprobación.

Atentamente,

María Angélica Ibagué Vallejo
Profesional Universitario - Mg. - Trabajadora Social.
Grupo de Personerías Jurídicas y Licencias de Funcionamiento
Oficina Aseguramiento a la Calidad

PÚBLICA

10300

Bogotá, D.C

MEMORANDO

Para: Dr. Jeason Ariel Cossio Ibarguen
Jefe Oficina de Aseguramiento a la Calidad

ASUNTO: Cumplimiento de la Propuesta de Implementación y Cualificación – PIYC

Dentro del proceso de solicitud de Licencia de Funcionamiento de la **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** radicado **ONLINE 1109** para operar la modalidad **Hogar Sustituto**, cuya población:

* Niñas, niños y adolescentes víctimas de cualquier tipo de violencias, víctimas de negligencia o abandono, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.

*Niñas, niños y adolescentes víctimas de cualquier tipo de violencias, víctimas de negligencia o abandono, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adoptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos.

* Mayores de (18) años víctimas de cualquier tipo de violencias, víctimas de negligencia o abandono, que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.

*Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años, hijas e hijos de adolescentes desvinculadas de grupos armados organizados al margen de la ley.

PÚBLICA

Sede Administrativa: Calle 21 # 7ª -20 Avenida Tenerife, del municipio de Neiva en el departamento del Huila, informo que, sobre la verificación documental de los requisitos técnicos establecidos en la normativa vigente, se encuentran cumplidos los contenidos de la Propuesta de Implementación y Cualificación - PIYC:

1. **Portada:** Se describe la regional, el nombre del operador, la descripción de la modalidad junto con la población, municipio y dirección de la sede operativa y administrativa.

2. **Propuesta de Implementación:** Incluye la contextualización de acuerdo con la población realizando un breve diagnóstico del problema, implementando estrategias propias de la entidad y proponiendo acciones o metodologías para lograr los resultados esperados.

3. **Propuesta de Cualificación:** Describen las acciones o estrategias para la cualificación del talento humano, las herramientas y tiempos para la implementación y evaluación de las estrategias de mejoramiento continuo, prevención de situaciones de riesgo y las estrategias de participación de los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

4. **Evidencias:** Se incluyen los formatos que permiten evidenciar el desarrollo de lo planteado en la propuesta de implementación y cualificación.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con el "Lineamiento Técnico para la implementación del modelo de Atención, dirigido a Niños, Niñas y Adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos, Versión 1*. Aprobado mediante Resolución No. 4199 de 15 de julio de 2021 y el Manual operativo modalidades y servicio para la atención de las niñas, los niños y los adolescentes, con proceso*

administrativo de restablecimiento de derechos. **Versión 2.** *De fecha* **08/07/2022** Aprobado ***mediante Resolución No. 3368 de 20 de junio de 2022****".* Vigente se da **APROBACIÓN** a la Propuesta de Implementación y Cualificación - PIYC de la **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** a los veintinueve (**29**) días del mes de junio (**06**) de **2023.**

Se precisa que el ajuste del Plan de Implementación y Cualificación – PIYC se debe dar de manera anual con soporte de la respectiva aprobación o en caso de no requerir ajuste debe existir un acta del Representante Legal o Director de la entidad en la cual se deje constancia citando las razones a que haya lugar. Posterior a ello, la Dirección Regional emitirá oficio dando aval por un año más de la aprobación.

Atentamente,

María Angélica Ibagué Vallejo
Profesional Universitario - Mg. - Trabajadora Social.
Grupo de Personerías Jurídicas y Licencias de Funcionamiento
Oficina Aseguramiento a la Calidad

PÚBLICA

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN Y CUALIFICACIÓN (PIYC) – FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

a. PORTADA

Regional:	Huila	**Operador:**	Fundación Social Yo Te cuido
Modalidad o Servicio:	**Población:**	**Municipio:**	**Dirección Sede Administrativa – Sede Operativa:**
Hogar Sustituto	• Niñas, niños y adolescentes víctimas de cualquier tipo de violencias, víctimas de negligencia o abandono, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes víctimas de cualquier tipo de violencias, víctimas de negligencia o abandono, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adoptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos. • Mayores de (18) años víctimas de cualquier tipo de violencias, víctimas de negligencia o abandono, que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años, hijas e hijos de adolescentes desvinculadas de grupos armados organizados al margen de la ley.	**NEIVA**	• **Sede Administrativa Neiva**: Calle 21 # 7ª -20 Avenida Tenerife, Neiva (Huila). **Sedes operativas** * Carrera 6 No.1E-40 Barrio Santa Clara Garzon- Huila. * Calle 4 No.6-36 - La Plata - Huila. *Carrera 1c No.13-60 Barrio los Andes Pitalito - Huila

La Oficina Aseguramiento a la Calidad emite el cumplimiento de la Propuesta de Implementación y Cualificación – PIYC a los veintinueve (**29**) días del mes de junio (**06**) de **2023.**

C. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION

	NIVELES	CONTEXTUALIZACION	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	COMO LOGRARLO (estrategias, acciones o metodologías)
PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN	**Micro sistema: Niño, niña o adolescente**	Del total de habitantes del Departamento del Huila 429.750 son menores de 18 años, lo que representa el 36,44% de la población Departamental. Según cifras SIVILA 2018, se logra evidenciar como la tasa de Violencia contra niños y niñas, de 0 a 5 años, ha presentado un aumento significativo, de tal manera que se pasa de una incidencia de 479,31 por cada cien mil habitantitas del departamento del Huila. Es pertinente mencionar que desde el año 2012, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Genero, opera de manera obligatoria en todo el territorio Nacional, y en el departamento del Huila, que siempre se ha preocupado por esta problemática, el ejercicio de reconocimiento y reporte de eventos asociados a conductas de violencias y/o maltrato se ha efectuado de manera favorable por parte de las instituciones del sector salud y de las instituciones de sectores de justicia y protección, que se han mostrado comprometidas con	**Hito 1.**	
			Momento 1: Evaluación integradora	
			Reconocer las dinámicas individuales del Niño, Niña o Adolescente; teniendo como punto de partida su historia de vida, habilidades, capacidades, riesgos y oportunidades; y así lograra una contextualización integral de estos.	Realizar entrevista semiestructurada al niño, niña o adolescente que permita identificar riesgos, dificultades y habilidades, a fin de establecer la atención a brindar, así como, ofrecer orientaciones a las familias sustitutas que permita una atención apropiada partiendo del enfoque diferencial.
				Revisión documental a la información brindada por la autoridad administrativa competente y su equipo interdisciplinario.
				Realizar la evaluación integradora de los niños, niñas o adolescentes a fin de identificar sus afectaciones a nivel físico, emocional, familiar y social.
				Identificar las redes familiares y/o vinculares con que cuenta el niño, niña y adolescente.
				Por medio de la implementación de actividades pedagógicas acordes a la edad de cada niño, niña y adolescente, se implementarán técnicas de intervención que conocer las habilidades y potencialidades del beneficiario.
				Realizar valoración inicial a los niños, niñas y adolescentes.
			Momento 2: Diseño del plan de caso	

		el reconocimiento y abordaje integral de las Violencias. Además, se debe tener en cuenta que el ejercicio que se realiza desde los diferentes programas de la Secretaria de Salud Departamental y de otras instituciones, en cuanto a acciones de identificación de signos y síntomas de maltrato, ha permitido que durante cada vigencia aumenten los reportes, específicamente para población de 0 a 5 años. Se requiere garantizar mediante los programas, que la infancia es una etapa en la cual se deben vivenciar los derechos y los niños, niñas y adolescentes y así puedan ser protegidos contra toda forma de violencia, se realizaron jornadas de sensibilización frente al abuso sexual y al maltrato infantil, interactuando con los Niños, Niñas y Adolescentes, sus padres y sus cuidadores, fortaleciendo y sensibilizando a través de: Estrategias para la prevención del maltrato infantil y abuso, lo cual permite fortalecer la coordinación intersectorial para el desarrollo de las Redes de Promoción del Buen Trato: Para el fomento de la Cultura del Trato Digno, respeto y valoración de los niños, niñas y adolescentes y garantizando una atención oportuna, integral e intersectorial de acuerdo a la	Identificar el tipo de atención adecuado para el niño, niña o adolescente, teniendo en cuenta el motivo por el cual se dio inicio al Proceso Administrativo de Restablecimiento de derechos; sin dejar de lado el enfoque de derechos y el enfoque diferencial.	El talento humano de la modalidad (equipo psicosocial y coordinadores) realizará análisis del caso a fin de identificar las atenciones a realizar y las acciones a seguir de acuerdo con las necesidades y particularidades del niño, niña o adolescente.
				Realizar valoración inicial por nutrición, así como seguimientos periódicos desde esta área según lo establecido en el manual operativo modalidad hogares sustitutos o de acuerdo a las necesidades del beneficiario.
			Clasificar las acciones a implementar con los niños, niñas y adolescentes a través de una semaforización psicosocial y nutricional.	Identificar según la necesidad el tipo de atención a implementar, buscando que esta de respuesta de manera integral a cada una de las necesidades del niños, niña o adolescente.
				Ordenar las acciones a incorporar en el proceso de atención del niño, niña o adolescente y de esta manera formular el plan de caso a ejecutar.
			Identificar el estado actual del niño, Niña o Adolescente frente a la garantía de los derechos de salud, educación, identidad y recreación; de acuerdo a los	Consultar el estado actual de los niños niñas y adolescentes frente a la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes como educación, salud, identidad y recreación.

		competencia de salud, justicia y protección.	resultados, con el apoyo del talento humano de la fundación, realizar la gestión y articulación para lograr la garantía de estos derechos en caso de que se encuentran amenazados y/o vulnerados.	Con el apoyo de la autoridad administrativa competente, se realizará la articulación a fin de velar por la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad. Del mismo modo, se realizará la gestión para aquellos niños, niñas y adolescentes que se auto reconocen como indígenas y requieren documentación de las autoridades tradicionales; garantizando el pleno ejercicio del enfoque diferencial y el enfoque de derechos.
			Hito 2 - Gestión de Caso	
			Momento 3: Implementación del plan de caso	
			Generar estrategias integradoras e innovadoras que permitan la superación de las afectaciones físicas, emocionales y colectivas, que desencadenaron en un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) del niño, niña o Adolescente.	Desde el equipo interdisciplinario de la modalidad se realizarán acciones recreativas, pedagógicas, didácticas, de orientación y acompañamiento que permitan generar bases de desarrollo de relaciones igualitarias y equitativas; así como, el auto reconocimiento como sujeto activo de derechos.
			Promover y programar estrategias a desarrollar con el niño niña o adolescente de acuerdo con sus necesidades; sin generar prácticas de revictimización, partiendo de las necesidades y particularidades de cada beneficiario.	Por medio de acompañamiento psicosocial fortalecer en los niños, niñas y adolescentes la asertividad frente al manejo de diversas situaciones que afectan su integridad.
				Orientar por medio de estrategias pedagógicas temáticas como manejo de emociones.

			Interiorizar en cada niño, niña o adolescentes la importancia de reconocer su proyecto de vida individual; además plantear estrategias en pro del fortalecimiento del mismo, partiendo de sus gustos y capacidades.	Por medio del acompañamiento psicosocial orientar a los niños, niñas y adolescentes frente a prácticas de autoprotección y entornos protectores a fin de prevenir posibles situaciones de riesgo.
				Lograr que el niño, niña o adolescente adquiera habilidades para la vida, la capacidad de agencia y la autogestión.
			Implementar mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan identificar las particularidades, avances y acciones de mejora, en el proceso de atención propuesto en el plan de caso de cada beneficiario.	Presentar de manera trimestral el plan de caso de cada niño, niña o adolescente a fin de identificar avances en el proceso y de lo contrario que el equipo interdisciplinario de la modalidad defina acciones a seguir dependiendo de las necesidades del beneficiario.
				Participar en las reuniones de estudio de caso junto con la autoridad administrativa competente a fin de definir acciones y estrategias para la atención.
				Participar de manera activa en los grupos de estudio y trabajo a fin de generar estrategias de atención, en las dificultades que se expongan en estos.
			Según lo establecido en la semaforización de cada niño, niña o adolescente, dar respuesta a las necesidades identificadas.	Dar respuesta inmediata a las necesidades identificadas, según la necesidad del niño, niña y adolescente con el apoyo de operador y la autoridad administrativa.
			Hito 3 - Consolidación del cambio	
			Momento 4: Reunificación	

			Lograr que el niño, niña o adolescente tenga manejo de sus emociones y expresión de sentimientos al momento de una reunificación con su núcleo familiar o familia extensa.	El equipo psicosocial de la modalidad realizará acompañamiento constante a los niños niñas y adolescentes para el manejo de emociones durante el proceso de reunificación con su familia biológica, familia extensa y/o red vincular de apoyo.
			Momento 5: Reintegración y cierre de caso	
			Una vez la autoridad administrativa competente declara egreso para el niño, niña y adolescente se potencializarán los entornos y elementos protectores en las familias.	Realizar valoraciones finales e informes de egreso de la modalidad.
				Con el apoyo y acompañamiento de la autoridad administrativa competente, establecer compromisos en pro de la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes que egresen de la modalidad.
	Meso sistema: Familia	Desde la concepción social, la familia es la base de la sociedad en la cual se aprenden principios, valores, vivencias y se educa al ser humano para que adquiera habilidades, destrezas y se forme para la vida, en ella se trasmiten saberes, conocimientos y se heredan patrones culturales de comportamiento establecidos a través del tiempo. Está formado por las relaciones existentes entre los miembros del primer nivel (el microsistema), de tal modo que, por ejemplo, cómo se relacione la familia con los profesores o los padres con los amigos del niño, va a influir directamente sobre los	**HITO 1 - Prospectiva del caso**	
			Momento 1: Evaluación integradora	
			Identificar los factores de vulnerabilidad y generatividad de cada familia.	Establecer un plan de acción con cada una de las intervenciones de los profesionales, partiendo de las particularidades y características de las familias y como esta afecta de manera directa o indirecta al niño, niñas o adolescente.
				Brindar orientación frente a la activación de rutas, en caso de identificar la presencia de algún evento traumático en la familia.
				Establecer acciones enmarcadas en la semaforización, las cuales permitan el goce efectivo de sus derechos de los niños, niñas y adolescentes; así como, el fortalecimiento de los entornos protectores.
			Momento 2: Diseño del plan de caso	

		Niños, Niñas o Adolescente. De ahí la importancia de los vínculos que los padres establezcamos con el resto de entornos.	Identificar las prácticas y dinámicas de las familias del Niño, Niña o Adolescente, para así reconocer las capacidades parentales y entornos protectores con que cuenta cada una.	Reconocer las capacidades parentales de las familias biológicas, familia extensa y redes vinculares; afín de generar compromisos para crear entornos protectores que permitan la garantía plena de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
			Hito 2 - Gestión de Caso	
			Momento 3: Implementación del plan de caso	
			Identificar si las familias superaron aquellas situaciones de riesgo y vulneración que desencadenaron el inicio de un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) y retiro del medio familiar de los niños, niñas y adolescentes.	Generar estrategias de cambios de patrones culturales e imaginarios frente a la educación de los niños, niñas y adolescentes que conlleven a situaciones de violencia, del mismo modo, lograr que estas interioricen que situaciones son sinónimos de delitos en contra de los niños, niñas y adolescentes.
				Establecer compromisos con las familias frente a la responsabilidad que ellos asumen en el Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) así como en los espacios de visitas bilógicas.
				Vincular al núcleo de red de familia y familia extensa frente a las consecuencias de la violencia, en el proceso de reubicación en el medio familiar.
				Orientar a la familia biológica frente a las capacidades y potencialidades con la presentación de temáticas educativas de acuerdo a las necesidades de cada una.
				Fortalecer las capacidades parentales y protectoras de en la familia.

				Llevar a cabo acompañamiento constante a la madre sustituta frente al manejo de ñas necesidades de los niños niñas y adolescentes.
			Hito 3 - Consolidación del cambio	
			Momento 4: Reunificación	
			Fortalecer a las familias frente al manejo de mociones, practica de valores y relaciones socio afectivos prácticas de autocuidado y autoprotección; a fin de que logren identificar como darles manejo a situaciones negativas.	Orientar a la familia biológica para que una vez egrese el niño, niña o adolescente se dé prioridad a la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes una vez sea reubicado en el medio familiar.
				Realizar Intervenciones a fin de establecer compromisos con las familias biológicas y redes vinculares de apoyo de los niños, niñas y adolescentes.
			Momento 5: Reintegración y cierre de caso	
			Lograr orientar y comprometer a las familias bilógicas, familia extensa y redes vinculares frente al desarrollo de procesos de articulación con instituciones para garantizar la continuidad en la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes.	Potencializar las capacidades de autogestión de las familias bilógicas, tales como orientación en servicios y activación de rutas de atención.
	Exo sistema: Sectores y servicios	Las familias de los beneficiarios de la Fundación, serán familias que presentarán competencias parentales limitadas que impiden garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos, confusión	**HITO 1 - Prospectiva del caso**	
			Momento 1: Evaluación integradora	
			Identificar el estado de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes frente a la vinculación del sistema educativo,	Realizar la consulta en aplicativos como el SIMAT y FOSYGA a fin de identificar la vinculación y afiliación del niño, niña y adolescente frente a educación y salud.

		de roles, delegando a cuidadores alternativos la responsabilidad de crianza, hijos temerosos de expresar sus ideas por miedo e inseguridades, ausencia de pautas de crianza y de límites, falta de comunicación familiar, los padres y/o cuidadores involucran a las niñas, niños y adolescentes en los problemas del contexto familiar y esperan que tomen partido por ellos, mujeres cuidadoras con un arraigo cultural patriarcal que no les favorece ejercer su rol protector y tener una autonomía en la consecución de recursos para el sostenimiento familiar. Así mismo, con las atenciones y orientaciones brindadas en la modalidad los padres de familia y/o cuidadores serán receptivos hacia una parentalidad positiva, quienes reconocen las falencias y parten de ellas para transformar sus dinámicas familiares y sociales.	Salud, Recreación, y quienes tengan estos derechos amenazados y vulneraos generar estrategias de acceso y vinculación a las mismas.	Realizar articulación por medio del envió de oficios o reuniones de articulación de manera conjunta entre el operador y la autoridad administrativa competente a fin de garantizar el acceso de los niños niñas y adolescentes a sus derechos básicos.
			Identificar el estado actual del niño, niña o adolescente frente a su estado de salud. (Medicina general, medicina especializada y/o odontología); en caso de no contar con estas, informar a la autoridad administrativa, para que solicite la vinculación al SGSSS y se gestione la solicitud de atención a medicina general y de más especialidades para dar cumplimiento con las mismas.	Realizar revisión de la documentación de los niños, niñas y adolescentes entregados por la autoridad administrativa competente a fin de identificar el proceso en salud y sus necedades Las madres sustitutas deberán entregar los soportes de gestión, trámite y atención en cuanto a valoraciones médicas.
			Reconocer las competencias y habilidades de los niños, niñas y adolescentes a fin de gestionar la vinculación a actividades extracurriculares y vocacionales.	Orientar a la red familiar frente a la priorización de la vinculación del niño a seguridad social, así como dar continuidad a las atenciones médicas en los casos que se requieran.
			Momento 2: Diseño del plan de caso	
			Realizar articulación con las diferentes entidades del sistema nacional de bienestar familiar encargadas de velar por la protección	Con el apoyo de la autoridad administrativa competente garantizar la vinculación de los niños, niñas y adolescentes a los diferentes programas públicos y privados a fin de potencializar sus habilidades y fortalezas para la

			integral de los niños, niñas y adolescentes a fin de garantizar el pleno cumplimiento de sus derechos y el acceso a diferentes programas y estrategias dirigidos al fortalecimiento del proyecto de vida.	vida.
			Momento 3: Implementación del plan de caso	
			Garantizar la continuidad de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el sistema educativo y fortalecimiento del proyecto de vida.	Realizar seguimiento y acompañamiento al proceso académico de los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad.
			Implementar estrategias de articulación con diferentes entidades ya sean públicas y privadas que permitan la participación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en actividades de promoción y prevención de derechos, jornadas recreativas y deportivas.	Llevar a cabo acciones de articulación que permitan la vinculación y acceso de los niños, niñas y adolescentes a diferentes, programas y estrategias que permitan el desarrollo integral de todas sus capacidades.
			Desarrollar estrategias que garanticen la protección integral de los niños, niñas y adolescentes.	Articular y comprometer a las entidades del sistema de bienestar familiar, responsable de velar por la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a fin de generar estrategias en las que primen su protección integral.
			Hito 3 - Consolidación del cambio	
			Momento 4: Reunificación	

			Fortalecer las capacidades de respuesta ante diferentes situaciones que se lleguen a presentar con los beneficiarios, esto con la participación de los equipos interdisciplinarios de la autoridad administrativa competente frente a cada caso y el equipo interdisciplinario de la modalidad.	Implementar reuniones, encuentros y actividades que permitan la revisión de los casos; a fin de identificar cuales requieren articulación y vinculación a servicios ya sean públicos o privados.
			Momento 5: Reintegración y cierre de caso	
			Generar compromisos con todas las entidades del sistema nacional de bienestar familiar, que velan por la garantía de los derechos de los, niños, niñas, adolescentes y jóvenes a fin de garantizar al goce efectivo de todos sus derechos.	Todas las acciones implementadas y compromisos establecidos en pro de la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes deben ser acompañados y supervisados por la autoridad administrativa competente a cargo del caso.

D. PROPUESTA DE CUALIFICACION

	Acciones	**CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS**	**Frecuencia.**	**Responsable**	**Fuente de Verificación.**

Cualificación del talento humano. • **Coordinador** • **Psicólogo** • **Trabajador social** • **Nutricionista** • **Auxiliar administrativo** • **Gestor de caso**	Realizar Capacitaciones al talento humano de la fundación social yo te cuido frente a: • Lineamientos Técnicos, Modelo de Atención y Manual Operativo que orientan el proceso de atención de la modalidad Hogar sustituto. • Políticas SIGE • Código Ético, pacto de Convivencia y Reglamento Interno. 1. Fortalecer al talento humano en conocimientos dirigidos al Buen Trato. 2. Generar Programas de bienestar laboral e incentivos, para el personal con jornadas de integración y esparcimiento, con actividades grupales.	Personal operativo y administrativo con amplio conocimiento frente a los lineamientos y manuales operativos que orientan a la atención de la modalidad hogar sustituto. Del mismo modo, lograr contar con talento humano ampliamente capacitado frente a la atención a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad hogar sustituto.	Al inicio de la prestación del servicio. Una vez se realicen ajustes a los documentos técnicos y cada vez que se requiera.	Coordinadoras de la modalidad y profesional en salud ocupacional	Actas de socialización Actas de capacitación Actas de encuentros, reuniones, grupos de estudio y trabajo.
Prevención de situaciones de riesgo.	1. Desarrollar acciones que permitan fomentar el diálogo pacífico, y ejercicios de reconciliación entre los diferentes integrantes de la familia sustituta. 2. Establecer acciones a seguir en los hogares sustitutos en caso de que se presenten accidentes, conflictos y discusiones entre los miembros del hogar sustituto. 3. Generar estrategias que permitan una atención de calidad de manera oportuna cuando se	Identificar y prevenir de manera oportuna cualquier situación que ponga en riesgo la integridad física y emocional de los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad, así como del talento humano y madres sustitutas a fin de garantizar una atención de calidad.	Mensualmente, cuando se requiera	Equipos psicosociales, salud ocupacional y coordinadoras	Actas de capacitación y socialización

	presenten situaciones de riesgo frente al manejo de emociones al interior del hogar sustituto. 4. Generar acciones para lograr un manejo adecuado cuando se presenten casos de violencia sexual, a fin de no generar acciones de revictimización. 5. Lograr que los beneficiarios que ingresan a la modalidad se les garantice el restablecimiento de sus, con las gestiones y atenciones brindadas durante el tiempo de permanencia en la medida tomada. 6. Generar acciones de prevención y rutas a seguir en caso de ahogamiento de un niño, niña o adolescente beneficiario de la modalidad. 7. Capacitar al equipo de trabajo en estrategias de mediación y resolución de conflictos. 8. Campañas del buen trato y respeto al otro. 9. Capacitación al talento humano y madres sustitutas en primeros Auxilios y uso del botiquín. 10. Revisión mensual de toda las instalaciones y estructuras locativas 11. Sensibilización frente al cumplimiento de las normas de seguridad,				

	cuidado y conservación de espacios seguros. 12. Socialización de la matriz de riesgos con todo el talento humano vinculado a la modalidad y madres sustitutas. 13. Adelantar las acciones de construcción, mantenimiento y reparación de las estructuras locativas. 14. Identificar los niños, las niñas y adolescentes con riesgo inminente de evasión adelantando las acciones de sensibilización y acompañamiento necesarias para evitar escapatoria de los hogares sustitutos. 15. Tratar de mediar con el beneficiario de la modalidad hogar sustituto en caso de peligro se solicitará apoyo a la policía de infancia y adolescencia. 16. Realizar gestión con las autoridades administrativas competentes a cargo de cada caso para informar sobre las dificultades y gestiones requeridas en el proceso.				
Estrategias para el mejoramiento continuo.	Mejoramiento de los canales de comunicación a fin de dar cumplimiento con los requerimientos y compromisos frente a la atención de los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad.	Dar cumplimiento a las solicitudes, garantizando una atención de calidad.	Constantemente	Coordinadores	Actas de reuniones y/o socialización

	Implementación de actividades que garanticen la seguridad y salud en el trabajo,	Lograr que el talento humano vinculado a la modalidad hogar sustituto, se sienta en un espacio seguro.	Trimestral	Profesional en salud ocupacional	Actas
	Detección de problemas recurrentes en la prestación del servicio.	Subsanar cualquier situación que se llegase a presentar a fin de garantizar la calidad del servicio.	Constantemente	Coordinadoras y profesional en salud ocupacional	Actas
	Realizar seguimiento anexo historias de atención.	Dar cumplimiento con los tiempos y las atenciones establecidas para la modalidad Hogar sustituto.	Mensualmente	Coordinadoras	Actas y correos
	Llevar a cabo Auditorías internas.	Identificación de oportunidades de mejora.	Trimestral	Coordinación y Talento Humano Institucional	Actas
	Realizar evaluación del desempeño, con el objetivo de implementar acciones de mejora.	Aplicación de evaluaciones de desempeño laboral al personal vinculado.	Semestral	Coordinación y Talento Humano Institucional	Actas
	Llevar a cabo acciones de planeación y seguimiento a las metas compromisos establecidos en pro de garantizar la calidad del servicio.	Reuniones mensuales con el equipo de Trabajo	Mensual	Coordinación y Talento Humano Institucional	Actas
	Realizar Capacitación constante al Talento Humano.	Realizar inducción y Re inducción al talento humano.	Al inicio de cada contrato y semestral	Coordinación y Talento Humano Institucional	Actas
	Seguimiento y monitoreo en el cumplimiento de funciones contractuales al personal vinculado a la modalidad de atención.	Realizar seguimiento a la entrega de la información por parte del equipo psicosocial y demás profesionales vinculados a la modalidad Hogar sustituto.	Trimestral	Coordinación	Actas

	Reuniones con el equipo interdisciplinario.	llevar a cabo acciones de planeación y seguimiento a las metas compromisos establecidos en pro de garantizar la calidad del servicio.	Mensual	Coordinación y Talento Humano Institucional	Actas
	Ajustes a la propuesta de implementación y cualificación PIYC – de la modalidad Hogar sustituto.	Revisión y ajustes teniendo en cuenta la actualización y nuevos requerimientos establecidos en el lineamiento técnico para la implementación del modelo de atención, dirigido a los niños, las niñas, y los adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos.	Anual o antes en caso de requerirse	Coordinación y Talento Humano Institucional	Cuando se requiera
Herramientas de participación de los niños, niñas, adolescentes y sus familias o redes vinculares de apoyo	Socialización y conformación del **Pacto de Convivencia y Código Ético**, por parte de los Niñas, niños, adolescentes.	• Socialización, revisión y construcción del pacto de convivencia. • Campañas realizadas por los niños, niñas y adolescentes para trabajar el buen trato y el respeto por el otro	Una vez cada inicio de contrato	Profesional en salud ocupacional y coordinadoras	Actas de socialización del pacto de convivencia de la modalidad hogares sustitutos.
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	• Se realizará la socialización del formato de encuesta de satisfacción con todos beneficiarios. Estas deberán ser diligenciadas por los niños, niñas,	Al mes del ingreso del niño, niña o adolescente y posteriormente cada 3 meses.	Equipo psicosocial del operador y profesional en salud ocupacional.	• Encuestas de satisfacción archivadas en cada carpeta de los niños, niñas y adolescentes. • Encuestas

		adolescentes, jóvenes y mayores de 18 años, a partir de los 5 años, y sus familias y/o redes vinculares de apoyo que ingresan a la modalidad a los 30 días calendario. • Aplicar cada tres meses la encuesta de satisfacción dirigida a las madres sustitutas. • Él envió de los resultados y análisis de la información, será entregada al supervisor del contrato.	A las madres sustitutas se les aplicará cada 3 meses.		de satisfacción archivadas en cada carpeta de las madres sustitutas. • Envío de la información recopilada por medio de correo electrónico.
	BUZÓN DE SUGERENCIAS •	• Se realizará la socialización a los niños, niñas y adolescentes de cómo usar el buzón de sugerencias • Se contará con un con representantes de los beneficiarios y madres sustitutas quien estará presente en la apertura del mismo • Los formularios para su	Quincenal.	Profesional en Salud Ocupacional	• Actas de buzón de sugerencia, peticiones quejas, reclamos. • Respuesta de las solicitudes del buzón de sugerencia y plan de acción según la necesidad. • Oficio remisorio dirigido a las

		diligenciamiento se encontrarán adecuados para que puedan ser empleados por los beneficiarios a partir de los 5 años de edad. • El encargado deberá realizar la apertura del buzón con su respectiva acta el viernes • Finalmente, dicha gestión, acta y resultados serán enviados al supervisor del contrato.			supervisoras del contrato.
	Propiciar Otros escenarios de participación significativa Mesa de participación.	Se implementará un espacio de participación mensual el cual será mediado por el equipo psicosocial donde los niños, niñas y adolescentes beneficiarios podrán expresar sus inconformidades o aspectos a mejorar frente al servicio.	mensual	Coordinadores Equipo psicosocial	Actas y listados de asistencia
	Generar un espacio de manera mensual que permita la participación de los beneficiario a fin de lograr acciones mediadoras en situaciones de conflicto.	• Consiste en elegir mensualmente Un beneficiario para que intervenga como mediador en situaciones de conflicto o discusiones que se puedan presentar dentro del hogar sustituto.	Mensual	Coordinación y Talento Humano Institucional	Carpeta Acta de los encuentros

		• Este tendrá como rol promover la sana convivencia colaborándole a la familia cuando se presenten dichas situaciones, esto permitirá que los beneficiarios involucrados en el conflicto se sientan identificados y logren encontrar una solución a la problemática presentada. • Finalmente, el mediador y el equipo psicosocial tendrán la tarea de diligenciar un acta de resolución de conflictos exponiendo la situación presentada y las estrategias de solución que planteen las partes.			

ANEXOS:

1. **Anexos propuesta de implementación**

- Anexo 1: Evaluación Preliminar
- Anexo 2. Matriz de semaforización
- Anexo 3. Semaforización
- Anexo 4. Proyecto de Vida
- Anexo 5. Formato de seguimiento a proyecto de vida.
- Anexo 6. Formato valoración en psicología
- Anexo 7. Formato seguimiento nutricional
- Anexo 8. Formato valoración en trabajo social

2. Anexo propuesta de cualificación
    - Anexo 9: Cronograma de actividades
    - Anexo 10. Cronograma de capacitación
    - Anexo 11. Matriz de prevención de situaciones de riesgo.
    - Anexo 12. Pacto de convivencia
    - Anexo 13. Código ético
    - Anexo 14. Buzón de sugerencias
    - Anexo 15. Encuesta de satisfacción
    - Anexo 16. Protocolo Encuesta de satisfacción
    - Anexo 17. Formato de acta
    - Anexo 18. Listado de asistencia.
    - Anexo 19. Protocolo manejo de historias de atención.
    - Anex0 20. Manejo Historias de atención.

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN Y CUALIFICACIÓN (PIYC) – FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

a. PORTADA

Regional:	Huila	**Operador:**	Fundación Social Yo Te cuido
Modalidad o Servicio:	**Población:**	**Municipio:**	**Dirección Sede Administrativa – Sede Operativa:**
Hogar Sustituto	• Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes en edades de cero (0) a (18) años con una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal) con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adaptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos. • Mayores de (18) años con discapacidad y/o una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal), que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y cuyo cuidado puede ser asumido por una madre o padre sustitutos. • Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años con discapacidad, hijos e hijas de adolescentes desvinculadas de grupos armados organizados al margen de la ley	**NEIVA**	• **Sede Administrativa** Calle 21 # 7ª – 20 Avenida Tenerife - Neiva - Huila • **Sede operativas** * Carrera 6 No.1E-40 Barrio Santa Clara Garzon- Huila. * Calle 4 No.6-36 - La Plata - Huila. * Carrera 1c No.13-60 Barrio los Andes Pitalito - Huila

La Oficina Aseguramiento a la Calidad emite el cumplimiento de la Propuesta de Implementación y Cualificación – PIYC a los veintinueve (**29**) días del mes de junio (**06**) de **2023.**

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

C. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION

	NIVELES	CONTEXTUALIZACION	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	COMO LOGRARLO (estrategias, acciones o metodologías)
PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN	**Micro sistema: Niño, niña o adolescente**	Los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad Hogar Sustituto en el Departamento del Huila presentan diferentes necesidades, debido a la vulneración de sus derechos desde su familia biológica, quienes deberían ser los principales garantes de sus derechos fundamentales. Sin embargo, algunos suelen ser víctimas de maltrato infantil, abuso físico, psicológico, sexual, desnutrición, abandono, situación de calle y demás, generadoras de alteraciones de acuerdo con el curso de vida, en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, conlleva a que se vean afectadas las habilidades, competencias y destrezas acordes a su desarrollo vital y procesos de construcción de su proyecto de vida. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social en el Departamento del Huila, se tiene registro de 51.631 personas con discapacidad, concentrándose en los Municipios de Neiva, Pitalito y Garzón. De las 51.631 personas con discapacidad, el 51% son de sexo femenino, y el 49% restante, sexo masculino. Las mayores problemáticas de las personas con discapacidad	**Hito 1.**	
			Momento 1: Evaluación integradora	
			Reconocer las dinámicas individuales del Niño, Niña o Adolescente; teniendo como punto de partida su historia de vida, habilidades, capacidades, riesgos y oportunidades; identificando grado de discapacidad a fin de implementar el proceso de atención.	Realizar entrevista semiestructurada al niño, niña o adolescente a fin de identificar riesgos, dificultades y habilidades, establecer la atención a seguir.
				Revisión documental a la información brindada por la autoridad administrativa competente.
				Realizar la evaluación integradora los niños, niñas o adolescente a fin de identificar sus afectaciones a nivel físico, emocional, familiar y social.
				Identificar las redes familiares y/o vinculares con que cuenta el niño, niñas y adolescente
				Implementación de actividades pedagógicas para conocer las habilidades y potencialidades del beneficiario.
				Gestionar valoración inicial de salud, se solicitará al médico de la EAPB, que se incluyan los posibles Factores desencadenantes de un episodio de agitación psicomotora, signos de alarma recomendaciones para su manejo en caso de presentarse la agitación.
				Realizar valoración inicial por nutrición, según lo establecido en el manual operativo modalidad hogares sustitutos o de acuerdo a las necesidades del beneficiario
				Efectuar una valoración Inicial (profesional de área) a

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

		en el departamento es la falta de formulación y adopción de una Política Pública departamental de Discapacidad e inclusión social. Igualmente, se debe fomentar la participación ciudadana, social y comunitaria de las personas con discapacidad, su familia y cuidadores, con el propósito de brindar la garantía del ejercicio de derechos de ellas.		los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad a fin de definir sus capacidades a nivel educativo, recreativo y social.
			Momento 2: Diseño del plan de caso	
			Identificar el tipo de atención adecuado para el niño, niña o adolescente, teniendo en cuenta el motivo por el cual se dio inicio al proceso administrativo de restablecimiento de derechos; sin dejar de lado el enfoque de derechos y el enfoque diferencial.	Realizar análisis del caso a fin de identificar las atenciones a realizar y las acciones a seguir de acuerdo con las necesidades y particularidades del niño, niñas o adolescente.
				Diseñar un plan de acción individual de acuerdo a las necesidades del niño, niña y adolescente; que incluya las atenciones terapéuticas,
				Gestionar inclusión educativa para la población con discapacidad de acuerdo a sus necesidades y capacidades.
			Implementar estrategias que permitan el fortalecimiento de capacidades a nivel corporal, individual y social.	Involucrar a los niños, niñas adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encuentren en proceso PARD, en espacios vitales para que los experimentes y fortalezcan el desarrollo de habilidades individuales.
				Generar espacios de participación y esparcimiento que fortalezcan las habilidades sociales en los niños, niñas adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encuentren en proceso PARD.
				Implementar el desarrollo y ejecución de actividades ludicopedagogicas, deportivas y recreativas que estimulen el desarrollo corporal y motriz de los niños, niñas adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

				encuentren en proceso PARD.
			Fortalecer habilidades y desarrollar competencias (tanto cognitivas como transversales) que sean acordes al curso de vida de los niños, niñas y adolescentes que coadyuven en la construcción y materialización de los proyectos de vida de la población atendida, fomentando su autonomía y la toma de decisiones.	*Gestionar la vinculación de los niños, niñas adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encuentren en proceso PARD, en programas y estrategias de formación y capacitación partiendo de sus habilidades y capacidades. *Potencializar el curso de vida de los niños, niñas adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encuentren en proceso PARD, vinculándolos a programas que permitan la participación activa, autonomía y toma de decisiones.
			Atención según la categoría de discapacidad y el momento de que sean ubicados en la modalidad.	*En los casos que se requiera realizar la gestión para la solicitud del certificado único de discapacidad. *Diseñar un plan de atención para cada beneficiario de acuerdo a la categoría de discapacidad y a las necesidades de atención.
			Identificar el estado actual del niño, Niña o Adolescente frente a la garantía de los derechos de salud, educación, identidad y recreación; de acuerdo a los resultados, con el apoyo del talento humano de la fundación, realizar la gestión y articulación para lograr la garantía de estos derechos.	Consultar el estado actual de los niños niñas y adolescentes frente a la garantía de derechos de los niños, niñas ya adolescentes como educación, salud, identidad y recreación.
				Diseñar un plan de acciones terapéuticas diversas técnicas como: terapias holísticas y alternativas, musicoterapia, aromaterapia, hidroterapia, cromoterapia, yoga, entre otras, que respondan a los objetivos de la rehabilitación integral

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

				Implementar sistemas de comunicación para facilitar la interacción con las personas con discapacidad.
				Ejecutar un plan de acción pedagógico basado en la lúdica, la literatura, el arte y el juego u otras estrategias que estimulen el aprendizaje a través de los sentidos.
			Hito 2 - Gestión de Caso	
			Momento 3: Implementación del plan de caso	
			Generar estrategias integradoras e innovadoras que permitan la superación de las afectaciones físicas, emocionales y colectivas, que desencadenaron en un proceso PARD del niño, niña o Adolescente	Implementación de acciones recreativas, pedagógicas, didácticas y de orientación y
				Promover la participación en espacios de actividad física tales como deporte dirigido, gimnasio sensorial y rehabilitación física, entre Otros.
			Promover y programar estrategias a desarrollar con el niño niña o adolescente de acuerdo a sus necesidades; sin genera prácticas de revictimización, partiendo de las necesidades y particularidades de cada beneficiario.	Acompañamiento constante en contextos específicos (educativos, ocupacional, actividades específicas en casa) para la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria – AIVD.
				Promover actividades en las cuales los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD con mayor dependencia funcional y restricciones en la participación tengan contacto con la naturaleza.
				Programar actividades de participación en espacios de actividad física tales como deporte dirigido, gimnasio sensorial y rehabilitación física, entre otros.
			Interiorizar en cada niño, niña o adolescentes la importancia de reconocer su	Acompañamiento permanente a través de apoyos generalizados en las Actividades básicas de la vida diaria – ABVD.

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

			proyecto de vida individual; además plantear estrategias en pro del fortalecimiento del mismo, partiendo de sus gustos y capacidades.	Generará estrategias que faciliten la participación de las personas con discapacidad con mayor dependencia funcional y restricciones en la participación en el uso de herramientas tales como: buzón de sugerencias y encuesta de satisfacción.
			Implementar mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan identificar las particularidades, avances y acciones de mejora, en el procede atención propuesto en el plan de caso de cada beneficiario.	Presentar de manera trimestral el plan de caso de cada niño, niñas o adolescente a fin de identificar avances en el proceso para definir las acciones a seguir dependiendo de las necesidades del beneficiario
				Participar en las reuniones de estudio de caso junto con la autoridad administrativa competente.
				Participar de manera activa en los grupos de estudio.
			Hito 3 - Consolidación del cambio	
			Momento 4: Reunificación	
			Lograr que el niño, niña o adolescente tenga manejo de sus emociones y sentimientos al momento de una reunificación con su red familiar o familia extensa	Realizar acompañamiento constante a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD, para el manejo de emociones durante el proceso de reunificación con su familia biológica, familia extensa y/o red familiar de apoyo. Acompañamiento y preparación para generar las mejores condiciones para el retorno a su familia de origen o red vincular.
			Momento 5: Reintegración y cierre de caso	
			Una vez la autoridad administrativa competente declara egreso para el niño, niña y adolescente se potencializarán los entornos y factores protectores en las familias.	Realizar valoraciones finales e informes de egreso por cada área de atención incluidos en la modalidad.
				Con el apoyo y acompañamiento de la autoridad administrativa competente, se establecerán compromisos con los familiares a los que se les realizará el reintegro,

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

				para que en el seguimiento que realizan los equipos de las defensorías de Familia se pueda evidenciar el cumplimiento y avance a las responsabilidades adquiridas en pro de la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes. *Generar estrategias en pro de orientar a la familia y /o red vincular frente al rol del cuidador en la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes.
	Meso sistema: Familia	Desde la concepción social la familia es la base de la sociedad en la cual se aprenden principios, valores, vivencias y se educa al ser humano para que adquiere habilidades, destrezas y se forme para la vida, en ella se trasmiten saberes, conocimientos y se heredan patrones culturales que influyen en el comportamiento del ser humano, el cual puede ser moldeado y educado a través del tiempo. Está formado por las relaciones existentes entre los miembros del primer nivel (el microsistema), de tal modo que, por ejemplo, cómo se relacione la familia con los profesores o los padres con los amigos del niño, va a influir directamente sobre el niño, niña y adolescente. De ahí la importancia de los vínculos que los padres establezcamos con el resto de entornos. El Huila pasó de tener al 18,3% de su población en condición de vulnerabilidad por pobreza multidimensional en 2019, al 23,4% en 2020, lo cual significa que las medidas para mitigar los efectos nefastos de la pandemia de COVID-19 en diferentes aspectos como empleo,	**HITO 1 - Prospectiva del caso**	
			Momento 1: Evaluación integradora	
			Identificar los factores de vulnerabilidad y generatividad de cada familia.	Establecer un plan de acción con cada una de las intervenciones de los profesionales, partiendo de las particularidades y características de las familias y como esta afecta de manera directa o indirecta al niño, niñas o adolescente.
				Brindar orientación frente a la activación de rutas, en caso de identificar la presencia de algún evento traumático en la familia.
			Momento 2: Diseño del plan de caso	
			Identificar las prácticas y dinámicas de las familias del Niño, Niña o Adolescente, para así reconocer las capacidades parentales y entornos protectores con que cuenta cada uno de sus integrantes.	Reconocer las capacidades parentales de las familias biológicas, familia extensa y redes vinculares; afín de generar compromisos para crear entornos protectores que permitan la garantía plena de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
			Hito 2 - Gestión de Caso	
			Momento 3: Implementación del plan de caso	
			Identificar si las familias superaron aquellas situaciones de riesgo y vulneración que desencadenaron el inicio de un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y retiro del medio familiar de los niños, niñas y adolescentes.	Generar estrategias para el cambio de patrones culturales e imaginarios sociales que tienen los padres de familia frente a la educación de los niños, niñas y adolescentes y niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD que conlleven a escenarios de

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

		salud, educación, entre otros, fueron menos eficaces en esta región frente al resto de departamentos. Hay que recordar que, por ejemplo, durante el 2020 Neiva fue la ciudad con la más alta tasa de desempleo en Colombia y este es uno de los aspectos analizados para abordar el Índice de Pobreza Multidimensional. Como también lo es el acceso a la educación, severamente afectado en todo el Huila; la inasistencia escolar pasó del 4,6% al 24,1%. En el casco urbano subió de 3,5% al 17,9%, mientras que en la zona rural fue mucho mayor, pasó del 6,4% al 34,7% de personas menores de edad que no pudieron acceder a este derecho fundamental.		violencia.
				Establecer compromisos con las familias frente a la responsabilidad que ellos deben de asumir en el proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD), así como en los espacios de visitas con la familia bilógica, familia extensa y redes vinculares de apoyo.
				Vincular a la red familiar interesada en el reintegro del niño, niña, y adolescente para que participen de sensibilizaciones frente a las consecuencias que trae la violencia intra familiar, para que fortalezcan las pautas de crianza inadecuadas que venían ejerciendo.
				Orientar a la familia biológica frente a las capacidades y potencialidades que tienen ellos, para fortalecer espacios de educación con sus hijos desde el área académica y moral de acuerdo con las necesidades de cada una.
				Fortalecer las capacidades parentales y protectoras de la familia.
				Llevar a cabo acompañamiento y orientaciones constantes con las madres sustitutas frente al manejo de las necesidades de los niños niñas y adolescentes con capacidades Especiales.
			Hito 3 - Consolidación del cambio	
			Momento 4: Reunificación	
			Fortalecer a las familias biológicas y/o redes vinculares de apoyo frente a las practica de valores y relaciones socio afectivas, formas de autocuidado y autoprotección, para generar entornos protectores.	Acompañamiento permanente a la familia biológica y red vincular y la determinación de condiciones para que el proceso se consolide de manera positiva.
				Orientación a la familia y/o redes vinculares frente la importancia del cuidado al cuidado de la niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

				edad se encontraban en PARD..
				Realizar Intervenciones a fin de establecer compromisos con las familias biológicas y redes vinculares de apoyo de los niños, niñas y adolescentes.
			Momento 5: Reintegración y cierre de caso	
			Logra orientar y comprometer al núcleo familiar, familia extensa y redes vinculares de apoyo frente al desarrollo de procesos de articulación con instituciones para garantizar la continuidad en la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes.	Potencializar las capacidades de autogestión de las familias bilógicas y/ redes vinculares de apoyo, en los servicios públicos y activación de rutas de atención en caso de requerir los servicios del SNBF.
	Exo sistema: Sectores y servicios	Las familias de los beneficiarios de la Fundación, presentan competencias parentales limitadas que impiden garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos, confusión de roles, delegando a cuidadores alternativos la responsabilidad de crianza, hijos temerosos de expresar sus ideas por miedo e inseguridades, ausencia de pautas de crianza y de límites, falta de comunicación familiar, los padres y/o cuidadores involucran a las niñas, niños y adolescentes en los problemas del contexto familiar y esperan que tomen partido por ellos, mujeres cuidadoras con un arraigo cultural patriarcal que no les favorece ejercer su rol protector y tener una autonomía en la consecución de recursos para el sostenimiento	**HITO 1 - Prospectiva del caso**	
			Momento 1: Evaluación integradora	
			Identificar el estado de los niños, niñas, adolescentes y niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD, frente a la vinculación al sistema educativo, Salud, Recreación, para quienes tengan estos derechos vulnerados se pueda generar estrategias de acceso y vinculación a las diversas atenciones.	Realizar la consulta en aplicativos como el SIMAT y FOSYGA a fin de identificar el estado actual niño, niña y adolescente frente a educación y salud.
				Realizar articulación por medio de envió de oficios o reuniones de articulación con las instituciones del SNBF de manera conjunta entre el operador y la autoridad administrativa competente a fin de garantizar el acceso de los niños niñas y adolescentes a la garantía de sus derechos.
			Identificar el estado actual del niño, niña o adolescente frente a su estado de salud. (Medicina general, medicina especializada y/o odontología); en caso de no contar con	Realizar revisión de la documentación del niño, niña y adolescente con Procesos Administrativos de Restablecimiento remitidos por las autoridades administrativas competentes a fin de identificar el proceso y su estado de salud,

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

		familiar. Encontramos padres de familia y/o cuidadores receptivos hacia una parentalidad positiva, quienes reconocen las falencias y parten de ellas para transformar sus dinámicas familiares y sociales.	estas, generar estrategias de articulación, y dar cumplimiento con las mismas.	teniendo en cuenta sus necesidades.
				Las madres sustitutas deberán entregar los soportes de gestión, trámite y atención en cuanto a valoraciones médicas realizadas a los niños, niñas y adolescentes.
			Reconocer las competencias y habilidades de los niños, niñas y adolescentes a fin de gestionar la vinculación a actividades extracurriculares y vocacionales.	Orientar a la red familiar frente a la priorización de la vinculación del niño al sistema de seguridad social, así como dar continuidad a las atenciones médicas en los casos que se requiera.
			Momento 2: Diseño del plan de caso	
			Realizar articulación con las diferentes entidades del sistema nacional de bienestar familiar encargadas de velar por la protección integral de los niños, niñas y adolescentes a fin de garantizar el pleno cumplimiento de sus derechos y el acceso a diferentes programas y estrategias dirigidos al fortalecimiento del proyecto de vida.	Con el apoyo de la autoridad administrativa competente garantizar la vinculación de los niños, niñas y adolescentes a los diferentes programas públicos y privados a fin de potencializar habilidades y fortalezas para la vida.
			Momento 3: Implementación del plan de caso	
			Garantizar las continuidades de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD en el sistema educativo y fortalecimiento del proyecto de vida.	Realizar seguimiento y acompañamiento al proceso académico de los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad.

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

			Implementar estrategias de articulación con diferentes entidades ya sea públicas y privadas que permitan la participación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD en actividades de promoción y prevención de derechos, jornadas recreativas y deportivas.	Llevar a cabo acciones de articulación que permitan la vinculación y acceso de los niños, niña y adolescentes a diferentes, programas y estrategias que permitan el desarrollo integral de todas sus capacidades.
			Desarrollar estrategias que garanticen la protección integral de los niños, niñas ya adolescentes.	Articular y comprometer a las entidades del sistema nacional de bienestar familiar, responsable de velar por la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a fin de generar estrategias en las que primen su protección integral.
			Hito 3 - Consolidación del cambio	
			Momento 4: Reunificación	
			Fortalecer las capacidades de respuesta ante diferentes situaciones que se lleguen a presentar con los beneficiarios, esto con la participación de los equipos interdisciplinarios de las autoridades administrativas competentes frente a cada caso y el equipo interdisciplinario de la modalidad.	Implementar reuniones, encuentros y actividades que permitan la revisión de los casos; a fin de identificar cuales requieren articulación y vinculación a servicios ya sean públicos o privados.
			Momento 5: Reintegración y cierre de caso	
			Generar compromisos con todas las entidades del sistema nacional de bienestar familiar, que velan por la garantía de los derechos de los,	Todas las acciones implementadas y compromisos establecidos en pro de la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes, quienes deben ser acompañados y supervisados por la

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

			niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD a fin de garantizar al goce efectivo de todos sus derechos	autoridad administrativa competente a cargo del caso.

D. PROPUESTA DE CUALIFICACION

	Acciones	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	Frecuencia.	Responsable	Fuente de Verificación.
Cualificación del talento humano. • **Coordinador** • **Psicólogo** • **Trabajador social** • **Nutricionista** • **Auxiliar administrativo** • **Gestor de caso** • **Profesional de área**	Realizar Capacitaciones al talento humano de la fundación social yo te cuido frente a: • Lineamientos Técnicos, Manuales operativos y guías orientadoras, Minuta contractual icas SIGE go Ético, pacto de vivencia y amento Interno.	Personal operativo y administrativo con amplio conocimiento frente a los lineamientos y manuales operativos que orientan a la atención de la modalidad hogar sustituto. Del mismo modo, lograr contar con talento humano ampliamente capacitado frente a la atención de los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad hogar sustituto.	Al inicio de la prestación del servicio. Una vez se realicen ajustes a los documentos técnicos y cada vez que se requiera.	Coordinadores de la modalidad y profesional en salud ocupacional y gestor de caso	Mediante actas de socialización, Capacitación, encuentros, reuniones, y grupos de estudio y trabajo.
	Fortalecer al talento humano en conocimientos dirigidos al Buen Trato.				
	Generar Programas de bienestar laboral e incentivos, para el personal con jornadas de integración y esparcimiento, con actividades grupales. Capacitación en primeros Auxilios emocionales.				
Prevención de situaciones de riesgo.	Identificar situaciones recurrentes que sean motivo de adelantar	Garantizar la participación activa de los, niños, niñas y adolescentes con discapacidad y	Según corresponda	Coordinadores de la modalidad y profesional	Actas y formatos establecidas para recopilar la información

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

	medidas preventivas o correctivas, en aras de la mejora continua de la atención.	mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD, en el diligenciamiento de los mecanismos de participación.		en salud ocupacional	
	Identificar y evaluar los espacios en los cuales se presta el servicio.	Reducir y mitigar los riesgos que atenten contra la vida y la integridad de los niños, niñas y adolescentes; o, evaluar, una vez hayan sucedido, las razones que posibilitaron ese incidente, a fin de tomar acciones correctivas.	Mensual.	Coordinadores de la modalidad y profesional en salud ocupacional	Actas.
	ACCIDENTES Y LESIONES 1. Disponer de espacios de orientación pedagógica sobre los riesgos de accidentes y normas básicas de seguridad y autocuidado. 2. Mantener una vigilancia y supervisión permanente sobre en cualquier lugar donde existan riesgos. 3. Asegurar que todas las madres y padres sustitutos (os) lleven a cabo el curso de primeros auxilios.	Conocer los riesgos y promover capacidades para su prevención y la autoprotección, así como para la divulgación de las normas de seguridad respectivas.	Mensualmente, cuando se requiera	Equipos psicosociales, salud ocupacional y coordinadoras	Actas de capacitación y socialización
	*Identificar situaciones de alarma frente presuntas conductas. *Ofrecer apoyo y acampamiento emocional.	Lograr prevenir, identificar y atender cualquier posible conducta suicida: ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado.	Cuando se requiera	Equipo psicosocial	Formato valoraciones

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

	*Remitir a salud mental o concertar cita prioritaria en aquellos casos de alarma. *trabajar con los niños, niñas y adolescentes las habilidades sociales.				
	Observar las conductas relacionales entre beneficiarios, a fin de detectar o intervenir en casos que puedan derivar en violencias. ▪ Promocionar relaciones no violentas y de colaboración entre beneficiarios. *Potenciar el trabajo en equipo entre lo beneficiaros. *Fomentar habilidades para la vida y establecer relaciones saludables con pares y redes de apoyo. ▪ Llevar a cabo de manera periódica acciones de sensibilización, promoción y prevención acerca de tipos de violencia.	Garantizar la seguridad e integridad Biopsicosocial de los niños, niñas y adolescentes que deberán aportar en la reducción de las secuelas producidas por los ejercicios de violencia a los que se han sido expuestos.	Cuando se requiera	Equipo psicosocial	Formato valoraciones
	Identificar situaciones que puedan desencadenar en Fallecimiento de niños, niñas y adolescentes	Tener claridad que las muertes que sobrevienen cuando una persona se encuentra bajo la custodia de los Estados, deviene una responsabilidad sobre la rendición de cuentas y la claridad de las circunstancias en las que ocurrió su deceso, en aras a	cuando se requiera	Equipo psicosocial	Formato valoraciones

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

		garantizar los derechos de verdad, justicia y reparación de sus familiares.			
	Preparar durante un tiempo razonable al niño, niña o adolescente en caso de que se dé un cambio de medida de restablecimiento de derechos.	Adelantar procesos de adaptación y justificados en los casos en los cuales se tenga que modificar el entorno de cuidado temporal de los menores de edad.	Mensualmente, cuando se requiera	Equipo psicosocial	Valoraciones, plan de caso
	*Adelantar salidas lúdico-recreativas. *Generar espacios de ocio con los(as) beneficiarios(as)	Generar espacios que permitan la implementación de salidas deportivas, pedagógicas, recreativas o culturales.	Trimestral	Equipo psicosocial, profesional de área y gestor de caso.	Actas
	*En caso de evasión implementar acciones de búsqueda en apoyo con la policía para lograr el retorno del niño, niña, adolescente la modalidad antes de las 24 horas. *Realizar abordaje al niño, niña o adolescente para identificar las circunstancias que motivaron su retiro de la modalidad. *Identificar los hechos que ocurrieron durante el tiempo que permaneció fuera de la modalidad. *Adelantar conjuntamente con la autoridad administrativa y el equipo técnico interdisciplinario	Prevenir e identificar posibles situaciones que conlleven a la evasión y/o abandono de la modalidad Hogar Sustituto	Mensualmente, cuando se requiera	coordinador Equipo psicosocial y gestor de caso.	Plan de caso

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

	un estudio del caso con el fin de adoptar las decisiones a las que haya lugar para su protección integral.				
Estrategias para el mejoramiento continuo.	Mejoramiento de los canales de comunicación a fin de dar cumplimiento con los requerimientos y compromisos frente a la atención de los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad.	Dan cumplimiento a las solicitudes, garantizando una atención de calidad.	Constante mente	Coordinadores	Actas de reuniones y/o socialización
	Implementación de actividades que garanticen la seguridad y salud en el trabajo,	Lograr que el talento humano vinculado a la modalidad hogar sustituto, se sienta en un espacio seguro	Trimestral	Profesional en salud ocupacional	Actas
	Detección de problemas recurrentes en la prestación del servicio.	Subsanar cualquier situación que se llegase a presentar a fin de garantizar la calidad del servicio,	Constante mente	Coordinadoras y profesional en salud ocupacional	Actas
	Realizar Seguimiento anexo historias de atención.	Dar cumplimiento con los tiempos y las atenciones establecida para la modalidad Hogar sustituto	Mensualme nte	Coordinadoras	Actas y correos
	Llevar a cabo Auditorías internas.	Identificación de oportunidades de mejora.	Trimestral	Coordinación y Talento Humano Institucional	Actas
	Realizar Evaluación del desempeño, con el objetivo de implementar acciones de mejora.	Aplicación de evaluaciones de desempeño al personal vinculado.	Semestral	Coordinación y Talento Humano Institucional	Actas
	Llevar a cabo acciones de planeación y seguimiento a las metas compromisos establecidos en pro de garantizar la calidad del servicio.	Reuniones mensuales con el equipo de Trabajo	Mensual	Coordinación y Talento Humano Institucional	Actas

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

	Realizar Capacitación constante del Talento Humano.	Realizar inducción y reinducción al talento humano.	Al inicio de cada contrato y cada seis meses	Coordinación y Talento Humano Institucional	Actas
	Seguimiento y evaluación de desempeño al personal vinculado a la modalidad de atención.	Realizar seguimiento a la entrega de la información por parte del equipo psicosocial y demás profesionales vinculados a la modalidad Hogar sustituto.	Trimestral	Coordinación	Actas
	Reuniones con el equipo interdisciplinario.	llevar a cabo acciones De planeación y seguimiento a las metas compromisos establecidos en pro de garantizar la calidad del servicio.	Mensual	Coordinación y Talento Humano Institucional	Actas
	Ajustes a la propuesta de implementación y cualificación PIYC – de la modalidad Hogar Sustituto - Discapacidad.	Revisión y Ajustes teniendo en cuenta la actualización y nuevos requerimientos establecidos en el lineamiento técnico para la implementación del modelo de atención, dirigido a los niños, las niñas, y los adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos	Anual o antes en caso de requerirse	Coordinación y Talento Humano Institucional	Cuando se requiera
Herramientas de participación de los niños, niñas, adolescentes y sus familias o redes vinculares de apoyo	Socialización y conformación del **Pacto de Convivencia y Código Ético**, por parte de los Niñas, niños, adolescentes	• Socialización, revisión y construcción del pacto de convivencia. • Campañas realizadas por los niños, niñas y adolescentes para trabajar el buen trato y el respeto por el otro	Una vez cada inicio de contrato	Profesional en salud ocupacional y coordinadoras	Actas de socialización del pacto de convivencia de la modalidad hogares sustitutos.
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	• Se realizará la socialización del formato de encuesta de satisfacción con todos beneficiarios. Estas deberán	Al mes de ingreo del Niño, Niña y adolescente posteriormente cada 3 meses.	Equipo psicosocial del operador y profesional en salud ocupacional.	• Encuestas de satisfacción archivadas en cada carpeta de los niños, niñas y adolescentes.

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

		ser diligenciadas por los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD, a partir de los 5 años, y sus familias y/o redes vinculares de apoyo que ingresan a la modalidad a los 30 días calendario • Aplicar cada tres meses la encuesta de satisfacción dirigida a las madres sustitutas. • Él envió de los resultados y análisis de la información, será entregada al supervisor del contrato.	A las madres sustitutas se les aplicará cada 3 meses.		• Encuestas de satisfacción archivadas en cada carpeta de las madres sustitutas. • Envío de la información recopilada por medio de correo electrónico.
	BUZÓN DE SUGERENCIAS	• Se realizará la socialización a los niños, niñas y adolescentes de cómo usar el buzón de sugerencias • Se contará con un representante de los beneficiarios y madres sustitutas quien estarán presentes en la apertura de este • Los formularios para su diligenciamiento se encontrarán adecuados para que puedan ser empleados por los beneficiarios a	Quincenal.	Profesional en Salud Ocupacional	• Actas de buzón de sugerencia, peticiones quejas, reclamos. • Respuesta de las solicitudes del buzón de sugerencia y plan de acción según la necesidad. • Oficio remisorio dirigido a las supervisoras del contrato.

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

		partir de los 5 años de edad. • El encargado deberá realizar la apertura del buzón con su respectiva acta el viernes • Finalmente, dicha gestión, acta y resultados serán enviados al supervisor del contrato.			
	Propiciar Otros escenarios de participación significativa Mesa de participación.	Se implementará un espacio de participación mensual el cual será mediado por el equipo psicosocial donde los niños, niñas y adolescentes beneficiarios podrán expresar sus inconformidades o aspectos a mejorar frente al servicio.	Mensual	Coordinadores Equipo psicosocial	Actas y listados de asistencia
	Generar un espacio de manera mensual que permita la participación del beneficiario a fin de lograr acciones mediadoras en situaciones de conflicto.	• Consiste en elegir mensualmente Un beneficiario para que intervenga como mediador en situaciones de conflicto o discusiones que se puedan presentar dentro del hogar sustituto. • Este tendrá como rol promover la sana convivencia colaborándole a la familia cuando se presenten dichas situaciones, esto permitirá que los beneficiarios involucrados en el conflicto se sientan identificados y logren encontrar una solución a la problemática presentada. • Finalmente, el mediador y el equipo psicosocial tendrán la tarea de	Mensual	Coordinación y Talento Humano Institucional	Carpeta Acta de los encuentros

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com

		diligenciar un acta de resolución de conflictos exponiendo la situación presentada y las estrategias de solución que planteen las partes.			

Evidencias de implementación:

- **Niño, niña o adolescente**
  Anexo 1: Formato Evaluación preliminar
  Anexo 2: acciones semaforización
  Anexo 3: Matriz Semaforización
  Anexo 4: Semaforización
  Anexo 5: Valoración Psicóloga
  Anexo 6: Seguimiento nutricional
  Anexo 7: Valoración en trabajo social
  Anexo 8: orientaciones atenciones Profesional de área**.**

- **Familia o red vincular**
  Anexo 9. Formato de seguimiento en visita hogares sustitutos
  Anexo 10. Seguimiento encuentros biológicos
  Anexo 11. Formato de composición familiar Hogares sustitutos
  Anexo 12. Valoración social inicial apertura hogares sustitutos.
  Anexo 13. Valoración psicológica apertura hogares sustitutos

- **Gestiones con sectores y servicios**
  Anexo 14. Formato de acta
  Anexo 15. Formato de carta u oficio
  Anexo 16. Listado de asistencia

Evidencias de cualificación:

- **Cualificación del talento humano**
  Anexo 17: Cronograma de actividades
  Anexo 18: Cronograma de capacitación
  Anexo 19. Formato de carta u oficio
  Anexo 20. Listado de asistencia
- **Prevención de situaciones de riesgo.**
  Anexo 21: Matriz de identificación de peligros
  Anexo 22: Estrategias prevención de situaciones de riesgo
- **Estrategias de mejoramiento continuo**
  Anexo 23: protocolo manejo historias de atención
  Anexo 24: Formato préstamo historias de atención
  Anexo 25: Política SIGE
- **Herramientas de participación**
  Anexo 24: Pacto de convivencia
  Anexo 25: Código ético
  Anexo 26: Buzón de sugerencias
  Anexo 27: Protocolo encuesta de satisfacción
- Anexo 25: formatos encuestas de satisfacción

CEL: 3206193497
E-Mail. Yudipahola@yahoo.com


MADRES SUSTITUTAS
DISCAPACIDAD
DISCAPACIDAD
USUARIOS
USUARIOS
USUARIOS
USUARIOS
USUARIOS
USUARIOS
SEGUIMIENTOS HOGAR SUSTITUTOS
SEGUIMIENTOS HOGAR SUSTITUTOS

TALENTO HUMANO
Modalidad Hogar Sustituto

USUARIOS DISCAPACIDAD

USUARIOS VULNERACION

USUARIOS VULNERACION
Modalidad Hogar Sustituto

USUARIOS VULNERACION
Modalidad Hogar Sustituto

USUARIOS VULNERACION
Modalidad Hogar Sustituto

CAJA PARA ARCHIVO INACTIVO
12
Norma

USUSRIO
DISCAPACIDAD
A-Z
FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

CAJA PARA ARCHIVO INACTIVO
12
Norma

CAJA PARA ARCHIVO INACTIVO
12
Norma

MADRES
SUSTITUTAS
A-M
FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

CAJA PARA ARCHIVO INACTIVO
12
Norma

MADRES
SUSTITUTAS
M-Z
FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

CAJA PARA ARCHIVO INACTIVO
12
Norma

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, apertura 18 nuevas historias de atención en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata distribuidas de la siguiente manera:

Centro zonal	Vulneración
Garzón	**7**
Pitalito	**2**
La plata	**9**
total	**10**

Neiva – 08 de mayo del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido