FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 25/04/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación "Yo te Cuido"	Kr 1 B # 13 A - 16. Barrio: Los Andes.	3132040036.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Kacteryne Ramos Rocio Carolina Vargas	1.077.421.524. 1.083.866.191.	3204227379. 3132040036.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD MM AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
		Fundación "Fondae".

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Claros	Elsa Maria.
	Identificación: C.C 26.452.632		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección:	Tel. Fijo	Celular 3212381354.
Barrio:	Correo electrónico: elsamariarojas19@gmail.com.	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Laura Maria Bocanegra Llanos	26/02/2000	1.111.263.696	23500580	11/06/2013	Defensoría Cuarta Claudio López.
2	Maria José Salgado Vega.	10/09/2009	1.083892928	23580655	17/07/2019	Defensoría Cuarta Claudio López.
3	Maria del Mar Gallndez Bravo	04/06/2013	1.144.630.774	23598446	13/03/2023	Comisaria Pitalito Olga Perdomo
4	Dailyn Luciana Barrera Jimenez	28/04/2023	1.075327.944	23510088	03/11/2023	Defensoría Cuarta Claudio López.
5	Kevin Matos Males Realpe.	29/01/2020	1.075.305.709	23592946	05/02/2022	Defensoría Sexta Javier Lumbe.

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 24/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	
Hogar de paso	Familiar		Casa hogar			

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación "Yo te Cuido"	Kr 1B # 16 A - 16 Barrio: Los Andes	3132040036

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Rocio Carolina Vargas	1.083.866.191	3132040036.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
21/03/2024	Jenny Alexandra Quintero.	Fundación "Fondar".

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Arturduaga	Yuli Andrea.
	Identificación: C.C. 1.083.887.399.		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Vereda "El Tigre".	Tel. Fijo N/A	Celular 3219706291.
Barrio: Vereda "El Tigre".	Correo electrónico: yuliandrearojasarfonduaga13@gmail.com.	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Laura Isabel Dorado Ruiz	DD/MM/AA 01/10/2010	1.144627702	N/A	DD/MM/AA 11/08/2023	Comisaría Acacedo
2	Yenny Patricia Tirado Toro.	DD/MM/AA 04/04/2002	1.111.921.246	2353 4835	DD/MM/AA 08/08/2014	Defensoría Cuarta Claudio López
3	Sofía Hoyos Chilito.	DD/MM/AA 11/04/2015	1.084.260.080	N/A	DD/MM/AA 21/07/2023	Comisaría 1ros.
4	Kevin Sneider Culma Montoya.	DD/MM/AA 09/03/2024	1.083.944.110	23510 1967.	DD/MM/AA 18/04/2024	Defensoría Javier Combe Sexta.
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No ✓	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

En la respectiva visita domiciliaria mensual, al seguimiento y revisión de carpetas se enuentra: Vinculación a los usuarios en Salud - Educación y actividades extracurriculares. Observación: El usuario Kevin Culma actualmente se enuentra en proceso de inscripción en Salud.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si ✓ / No	Si / No ✓	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No ✓	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Actualmente los usuarios Laura Dorado e Sofia Chilito están en proceso de fortalecimiento familiar (Familia Biológica). La usuaria Penny Tirado actualmente se encuentra en proceso de adoptabilidad. El usuario Kevin Culma actualmente inicia proceso de atención por parte del operador y autoridad administrativa.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓		✓			
Acta de colocación	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓		✓					
Valoración Médica	✓		✓		✓					
Fórmulas Médicas	✓		✓		✓					
Carné de Salud	✓		✓		✓					
Citas Médicas	✓		✓		✓					
Registro Civil	✓		✓		✓		✓			
Documento de Identidad	✓		✓		✓		✓			
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	✓		✓		✓		N/A			
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	✓		✓		✓					

Powered by CamScanner

Observaciones:

Actualmente el usuario Kevin Culma no registra atenciones Psicosociales debido al ingreso del usuario el día 18/04/2024 En proceso de inscripción a Salud para atenciones médicas.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	✓		✓		✓					
Personal	✓		✓		✓					
Escolar	✓		✓		✓					
Aseo e higiene personal	✓		✓		✓					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Durante la visita domiciliario, el usuario Kevin Culma no cuenta con dotación personal. (Ropa).

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Powered by CamScanner

Observaciones:

Durante la revisión de carpeta a labor Social de la madre sustituta, se recomienda actualizar los antecedentes al mes de Mayo/2024.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI ✓	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Powered by CamScanner

Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

En el momento de la visita domiciliaria a la unidad de servicio, aparentemente se observa una vivienda en buen estado, con aseo adecuado y orden de los espacios.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

* Durante la visita domiciliaria, en la revisión e inspección de la habitación de las usuarios se observa que, la usuaria Laura Isabel Dorado Ruiz no tiene ordenado su espacio, con ropa sucia (Interiores - ropa short - medias) en ubicados en el armario (Tirado), zapatos debajo de la cama, papel debajo de la cama. Se orienta a la madre sustituta en el reforzamiento del aseo personal - presentación y orden. Durante la visita domiciliaria, la usuaria Laura Isabel Dorado Ruiz no se encontraba en la unidad de servicio por tal motivo, el equipo interdisciplinario efectuará programación para el llamado de atención y orientación de la usuaria, ante lo encontrado - evidenciado en la habitación.

* Se efectúa como compromiso; a la madre sustituta

Powered by CamScanner

actualizar los antecedentes judiciales - penales a fecha del mes de Abril /2024.

* Se orienta a la madre sustituta; efectuar procesos de atención en Salud del usuario Kevin Sneider Culma Montoya. Así mismo, recibir apoyo por parte del operador "Yo te Cuido" si lo requiere.

* Se orienta a la madre sustituta adelantar y correspondiente seguimiento en Salud de los usuarios:

- Laura Isabel Dorado Ruiz: Asignación cita en especialidad Psiquiatra, control especialidad Psicología y Odontología para el mes de Mayo /2024

- Yenny Patricia Tirado Toro: Asignación cita cirugía Maxilofacial. / Asistir el 03 de Mayo exámen Ginecología y 10 de Mayo /2024 cita especialidad Dermatología. / Solicitar certificación actividad extracurricular a "Participación Reinado folclórico de Guacacallo - ensayos danza", por parte de la Alcaldía Municipal.

- Sofía Hoyos Chilito: Asistir a especialidad Psiquiatra el 30 de Abril /2024. Asignación cita Prueba Cognitiva Cita especialidad Nutrición - Dietética mes de Mayo /2024

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

✓ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
✓ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
✓ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
✓ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

✓ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Rocio Carolina Vargas	Yuli Andrea Rojas Asturduaga
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 1.083.866.191 TP. 128256	CC. 1083 887 329
Celular: 3132040036	Celular: 324 970 6291
Correo electrónico: hyps/cdogra yodewidoo gmail.com	Correo electrónico: hogarsanandrea yuliandrea@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 25/04/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila. Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
T. Social Protección	Cra 1B # 13A-76 Los Andes	3204727379

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Kacteryne Ramos	1077.421.529	3204727379

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
DD/MM/AAAA 20/03/2024.	Kacteryne Ramos S.	T. Social.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Rivas	Olga Lucia.
	Identificación:		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cra 36a #59-26	Tel. Fijo	Celular 3142618535
Barrio: La Pradera.	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Xiomara Toro Vargas	DD/MM/AA 12/02/2011	115949944	2358 8067	DD/MM/AA 16/02/2022	Angel Vargas.
2	Dilan camilo Romero Prieto	DD/MM/AA 13/09/2013	1083913448	2358 9982	DD/MM/AA 01/10/2021	Claudio Lopez.
3	Laura Valentina Galicia	DD/MM/AA 21/08/2010	1004417813	2359 6376	DD/MM/AA 27/10/2022	Angel Vargas.
4	Alexander Semanate.	DD/MM/AA 29/07/2000	1004417831	2310 0888	DD/MM/AA 22/09/2000	Cristina Molina
5	Sebastian Garzón	DD/MM/AA 23/09/2014	1144633205	2351 00732	DD/MM/AA 27/02/2024.	Claudio Lopez

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Goza de un buen estado nutricional.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Recibe atención psicosocial.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Se verifica que los usuarios cuentan con afiliación a seguridad social en salud, vinculación sistema educativo documento de identidad y atención psicosocial

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si / No ✓	Si / No ✓	Si / No ✓	Si / No ✓	Si / No ✓
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No

Descripción general de lo encontrado:

los usuarios incluidos a la unidad de servicio se encuentran en proceso y declarados en adoptabilidad. no tienen encuentro familiar.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓		✓		✓	
Acta de colocación	✓		✓		✓		✓		✓	
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓		✓		✓		✓	
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓		✓		✓		✓	
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓		✓		✓		✓	
Valoración Médica	✓		✓		✓		✓		✓	
Fórmulas Médicas	✓		✓		✓		✓		✓	
Carné de Salud	✓		✓		✓		✓		✓	
Citas Médicas	✓		✓		✓		✓		✓	
Registro Civil	✓		✓		✓		✓		✓	
Documento de Identidad	✓		✓		✓		✓		✓	
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	✓		✓		✓		✓		✓	
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	✓		✓		✓		✓		✓	

Powered by CamScanner

Observaciones:

Los usuarios cuentan con las autorizaciones de atención actualizadas con los documentos completos.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	✓		✓		✓		✓		✓	
Personal	✓		✓		✓		✓		✓	
Escolar	✓		✓		✓		✓	✓	✓	
Aseo e higiene personal	✓		✓		✓		✓		✓	

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

El usuario Alexander semanalte pasa desapercibido no cuenta con dotación escolar.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Powered by CamScanner

Observaciones:

En el momento de la visita se observa que la
cuidadora de la madre sustituta cuenta con los
documentos y soportes requeridos.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Powered by CamScanner

Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

En el momento de la visita la vivienda se observo con adecuada asepsia.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

En el presente Seguimiento se evidencio que la unidad de servicio cuenta con las condiciones locativas adecuadas y las medidas de experiencia diligenciadas.

Dayneth TORO: continua pendiente la cita por Dermatologia, se sugiere realizar PQR. a la EPS.

Dilan camilo: Tiene pendiente terapia psicologica.

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

Powered by CamScanner

Laura Valentina Galvis: Tiene en el mes de mayo encuentro con su familia adoptiva. Son entregados el día 14 de mayo 2024.

Alexander Hernandez. Pendiente cita por neurología continua recibiendo terapia física, ocupacional y de lenguaje en la vivienda.

Sebastian Bañez: Continua pendiente la cita por psiquiatría. El niño en ocasiones presenta conductas rebeldes asociadas a su discapacidad mental.

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- ✓ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- ____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- ✓ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ____ Diálogo con miembros de la familia.
- ____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ✓ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ✓ Condiciones satisfactorias
- ____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		**Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita**
Katheryne Ramos Salcedo.		
Firma de la persona que realiza la visita		**Firma de la persona que recibe la visita**
		Olga Lucía Rojas 12
CC. 1014211524	**TP.** 21241009	**CC.** 36275060
Celular: 3204227379		**Celular:** 311 2618535
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 24/04/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación "Yo te Cuido".	Kr 1 B # 13 A - 16. Barrio: Los Andes	3132040036.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Kacteryne Ramos	1.077.421.524	3204227379.
Rocio Carolina Vargas.	1.083.866.191.	3132040036.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
20/03/2024.	Jenny Alexandra Quintero	Fundación "fundar"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Calderón	Escalante.	Karen Dariana.
	Identificación: C.C 1.083.893.442.		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Corregimiento Guacacallo.	N/A.	3229080277
Barrio:	**Correo electrónico:**	
Corregimiento Guacacallo	darianocalderon@outlook.com.	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Astrid Nicol Hagón Tique.	16/02/2011	1.076910049.	23594588.	23/05/2022.	Defensoría Cuarta Claudio López.
2	José Camilo Hagón Tique.	23/05/2008	1083887.636	23594589	23/05/2022	Defensoría Cuarta Claudio López.
3	Maria Stheparny Cúspian Caballero	02/07/2016	1.084.335.511	23597210	05/05/2023	Defensoría Sexta Javier Cumbe.
4	Daniela Alejandra Villamil Luengas.	02/08/2012	1.161.215.266	N/A	17/08/2022	Comisaría San Agustín. Didier Muñoz.
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Actualmente se enwentran con las respectivas vinwlaciones en öreas de salud, educación, y asistencia en actividades extrawrriculares de los usuarios activos en la unidad de servicio.
Atención Psicosocial de manera mensual.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Actualmente los usuarios activos a la Unidad de Servicio, cuentan con atención psicosocial por parte del operador, e. institucional. / Los usuarios Hagán Tique actualmente se encuentran en proceso de Adoptabilidad. / La usuaria Maria Cupian actualmente, cuenta con fortalecimiento familiar (Encuentro biológico con Padre y Madre Biológica). La usuaria Daniela Villamil actualmente se encuentra en proceso de búsqueda familia biológica.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓		✓			
Acta de colocación	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓		✓		✓			
Valoración Médica	✓		✓		✓		✓			
Fórmulas Médicas	✓		✓		✓		✓			
Carné de Salud	✓		✓		✓		✓			
Citas Médicas	✓		✓		✓		✓			
Registro Civil	✓		✓		✓		✓			
Documento de Identidad	✓		✓		✓		✓			
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	✓		✓		✓		✓			
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	✓		✓		✓		✓			

Powered by CamScanner

Observaciones:

En la visita domiciliaria mensual efectuada, aparentemente, la unidad de servicio, cuenta con carpetas de los usuarios activos en buen estado y actualizadas, con respectivos soportes (salud, educativo, registros de identidad, entre otros).

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	✓		✓		✓		✓			
Personal	✓		✓		✓		✓			
Escolar	✓		✓		✓		✓			
Aseo e higiene personal	✓		✓		✓		✓			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Actualmente, los usuarios activos en la unidad de servicio cuentan con la respectiva dotación (Personal, escolar, aseo personal).

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Powered by CamScanner

Observaciones:

Actualmente, la madre sustituta, cumple con los respectivos soportes, con carpeta en buen estado, de manera ordenada. / Demarcación de los elementos (Cocina - rutas en casa). Soportes actualizados (Primeros Auxilios, Manipulación de Alimentos) y/o certificaciones por parte del operador en asistencia a jornadas formativas.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición. ✓
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Powered by CamScanner

Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

En el momento de la visita domiciliaria realizada de manera mensual, aparentemente se observa la unidad de servicio (Agradable, ordenada, con aseo adecuado).

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

- Por parte del operador "Yo te Cuido" entrega de los siguientes formatos (Directorio, Código Ético y Pacto de Convivencia).

- Pendiente los siguiente información relacionada a Salud de los siguientes usuarios activos en la unidad de servicio:

- Astrid Nicol Hagón Tique: Asignación de cita para exámen de evolución Radiografía de Brazo izquierdo y especialidad Ortopedia y Traumatología.

- José Camilo Hagón Tique: Asignación cita en Junio con especialidad Maxilofacial y Genética Humana (Hos Hayo).

Powered by CamScanner

- Maria Estheparny Cospian Caballero: Especialidad de control Pediatria en 6 meses (Noviembre).

- Daniela Alejandra Villamil Luengas: Asignación cita a especialidad Pediatria_ Psiquiatra.
En espera Terapia de Rehabilitación Cognitiva.

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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- ✓ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- ✓ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- ✓ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ✓ Diálogo con miembros de la familia.
- _____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- _____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ✓ Condiciones satisfactorias
- _____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- _____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- _____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Rocio Carolina Vargas	KAREN DAYANA CALDERON.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	KAREN DAYANA CALDERON.
CC. 1.083.866.191 TP. 278256	CC. 1083893442.
Celular: 3137040036	Celular: 3229080277.
Correo electrónico: hspsicologiayadewido@gmail.com	Correo electrónico: dayanacalderon@outlook.com.

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 24/04/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	
Hogar de paso	**Familiar**		**Casa hogar**			

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación "Yo te Cuido".	Kr 1 B # 13 A - 16 Barrio: Los Andes.	3132040036.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Kacteryne Ramos S.	1.077.421.524.	3204227379.
Rocio Carolina Vargas.	1. 083. 866. 191	3132040036.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
21/03/2024	Kacteryne Ramos Salazar	Fundación "Fundar".

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Diaz	Molina	Omaira.
	Identificación: C.C 36.295.884.		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Corregimiento Guacacallo	Tel. Fijo N/A	Celular 3144728447
Barrio: Corregimiento Guacacallo	Correo electrónico: omairamolina69@gmail.com.	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Yastin Leandro Sambony Golondrino	15/03/2018	1.097.248.471	N/A	DD/MM/AA 11/08/2023	Comisaria San Agustin Diana Muñoz
2	Elizabeth Milagros Sambony Golondrino	DD/MM/AA 25/05/2020	1.083.987.253	N/A	DD/MM/AA 11/08/2023	Comisaria San Agustin Diana Muñoz
3	Heidy Vanessa Peralta Urbano	DD/MM/AA 09/06/2012	1.083.909.392	1764089392	DD/MM/AA 18/04/2024	Defensoria tercera Cristina Molina.
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No ✓	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Actualmente los usuarios activos en la Unidad de Servicio, cuentan con inscripción en áreas de salud, educativo, y atención psicosocial. La usuaria Heidy Perayán se encuentra en proceso inicio - atención en salud.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si ~~No~~ ✓	Si ~~No~~ ✓	Si ~~No~~ ✓	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	Si ~~No~~ ✓	Si No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	Si No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Actualmente, la usuaria Heidy Peraza, se encuentra en proceso de vinculación "Actividades extracurriculares, con respectiva programación de Encuentros Biológicos (Madre). Los hermanos Sambon Golondrino; a la fecha no reciben visita mensual de familia biológica.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓					
Acta de colocación	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓			✓				
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓			✓				
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓			✓				
Valoración Médica	✓		✓			✓				
Fórmulas Médicas	✓		✓			✓				
Carné de Salud	✓		✓		✓					
Citas Médicas	✓		✓		✓					
Registro Civil	✓		✓			✓				
Documento de Identidad	✓		✓		✓					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	✓		✓			✓				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	✓		✓			✓				

Powered by CamScanner

Observaciones:

Actualmente, la usuaria Heidy Peraján, se enwenta en etapa (Valoración Nutricional, especialidad médico y Psicosocial). En proceso de atención inicial Psicosocial por parte del Operador "Yo te Cuido".

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	✓		✓		✓					
Personal	✓		✓		✓					
Escolar	✓		✓			✓				
Aseo e higiene personal	✓		✓		✓					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Actualmente, la usuaria Heidy Peraján, no wenta con Dotación Escolar (Pendiente entrega por parte del operador "Yo te Cuido".

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Powered by CamScanner

Observaciones:

Actualmente, la madre sustituta cuenta con actualización de los respectivos formatos (Salud). Con respectivos certificados de Manipulación de alimentos y primeros auxilios.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI ✓	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Powered by CamScanner

Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI.

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Al observar la unidad de servicio, actualmente cuenta con las condiciones de asepcia y orden.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

- En el momento de la visita a la unidad de servicio, cuento con las condiciones habitacionales adecuados, aparentemente no se evidencia riesgos.
- El mapa de riesgo debe actualizarse, con datos del nuevo operador "Yo te Cuido" como: Directorio General profesionales operador- Comisarías y Defensorías / Código Ético / Pacto de Convivencia.

Compromisos pactados relacionado a los pendientes en Salud de los usuarios:
- Yastin Samboní (Pendiente Portabilidad y Solicitud cita por Psicología).
- Elizabeth Samboní (Pendiente Portabilidad, autorización y asignación de citas en especialidades médicas: Pediatría, Gastroenterología Pediátrica, Psicología, Nutrición - Dietética).

Powered by CamScanner

* Acidy Vanesa Perafán Vibano (Pendiente activación ruta en Salud por Riesgo "Abuso Sexual". Pendiente entrega de dotación escolar por parte del operador "Yo te leído".

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

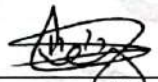
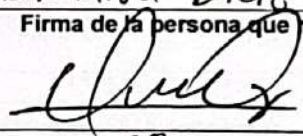
Actividades desarrolladas en la visita:

- ✓ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- ___ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- ✓ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ✓ Diálogo con miembros de la familia.
- ___ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ✓ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ✓ Condiciones satisfactorias
- ___ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ___ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ___ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Rocio Carolina Vargas.	Omaira Diaz Molina.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	
CC. 1083866191 IP 12816	CC. 36295884
Celular: 3132040036	Celular: 3144728447
Correo electrónico: physicologo yok wido @ gmail.com.	Correo electrónico:

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 25/04/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
I Social Protegido	CRA 1B # 139-16 Los Andes	3204227374

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Kacteyre Ramos S	1077421524	3204227374

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD/MM/AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
22/03/2024	Kacteyre Ramos Salinas.	I. Fundar.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Urbano	Nacia	Luz Nelly.
	Identificación:		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cra Oeste # 13-64 sur	Tel. Fijo	Celular 3138348005
Barrio: Las Palmas	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Emanuel Santiago Martinez Nales	23/08/2011	1082480833	2351 00570	22/11/2023	Cnslno Molino. DT. #3
2	Andres Felipe Martinez Nales	21/8/2014	1144633353	17038 64614	22/11/2023	Cnslno Molino DT. #3
3	Juliana Paloma Martinez Nales.	7/12/2017	1083931201	2359 9136	22/11/2023	Cnslno Molino DT #3.
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

los usuarios cuentan con vinculación sistema educativo, afiliación a seguridad social en salud y reciben atención psicosocial. por el operador.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

los niños participan y cuentan con sus padres biológicos con sus padres, el niño Emanuel el cual debe contar la familia biológica. se encuentra hospitalizado en la ciudad de Bogotá

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓					
Acta de colocación	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓		✓					
Valoración Médica	✓		✓		✓					
Fórmulas Médicas	✓		✓		✓					
Carné de Salud	✓		✓		✓					
Citas Médicas	✓		✓		✓					
Registro Civil	✓		✓		✓					
Documento de Identidad	✓		✓		✓					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	✓		✓		✓					
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	✓		✓		✓					

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

La carpeta de los usuarios cuenta con los soportes escolares, salud y atención psicosocial.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	✓		✓		✓					
Personal	✓		✓		✓					
Escolar	✓		✓		✓					
Aseo e higiene personal	✓		✓		✓					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Los usuarios cuentan con la dotación completa y en buenas condiciones.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Powered by CamScanner

Observaciones:

Se verifica la carpeta del menor actualizada y se encuentra completa y con todos los soportes del día.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Powered by CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

En el momento de la visita la vivienda contaba con adecuada asepsia.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

En el momento de la visita la vivienda se observo en buenas condiciones de aseo y organización.

El niño Emanuel continua hospitalizado en la unidad mental en la ciudad de Bogotá la madre sustituta se encuentra en comunicación constante con el acompañamiento hospitalario del niño en la ciudad de Bogotá y aporta la dotación básica de aseo de manera mensual.

Los niños Juliana y Andrs felipe se encuentran recibiendo atención psicosocial en la IPS. Pendiente prueba cognitiva en la IPS.

Powered by CamScanner

Se le recomendo ella mucha asistir gestionar las citas que les quedan pendientes e informar cualquier novedad con respecto al cuidado familiar que ya ella mantiene contacto con la acompañante responsable del niño.

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- ✓ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- ____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- ✓ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ____ Diálogo con miembros de la familia.
- ____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ✓ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ✓ Condiciones satisfactorias
- ____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1077421524	TP. 2122410071	CC. 26561388
Celular: 3204227374		Celular: 3138348005
Correo electrónico:		Correo electrónico:

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 25/04/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación "Yo te Cuido".	Kr 1 B # 13 A - 16. Barrio: Los Andes.	3132040036.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Kacteryne Ramos S. Rocio Carolina Vargas	1.097.421.529. 1.083.866.191	3204227379. 3132040036.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
21/03/2024.	Kacteryne Ramos Salazar.	Fundación "Fundar".

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Hoyos	Osorio	Yudys Paola.
	Identificación: C.C 36.288.105		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el dia sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Transversal 3A # 12 SO1 57	Tel. Fijo N/A	Celular 3203243565
Barrio: Juan Pablo II	Correo electrónico: huequitosp@gmail.com.	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Brayan Estiven Ortiz Guzmán	07/04/2008	1.117.264.916	235100834	24/10/2023	Defensoría Tercera Cristina Molina
2	Fabián Guzmán Quiroz	22/09/2002	1.003.805.832	23569342	30/01/2018.	Defensoría Sexta Javier Cumbe.
3	Juan Felipe Vega Vergara.	02/07/2004	1.096.903.576	23590449	09/09/2021	Comisaría Acevedo
4	Pedro José Astudillo Bolaños	06/05/2006	1.077.226.739	23100869	07/02/2007	Defensoría Sexta Javier Cumbe.
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No ✓	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Actualmente, los usuarios están activos en Salud, con buenas condiciones de Salud de los usuarios. Los usuarios están activos en Educación, el usuario Pedro José Astudillo Bolaños; actualmente no asiste a institución educativa, la madre sustituta, autoridad administrativa y gestor de caso, efectúan proceso para vinculación.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si ~~No~~ ✓	Si ~~No~~ ✓	Si ~~No~~ ✓	Si ~~No~~ ✓	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	~~Si~~ ✓ No	Si No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Actualmente, los usuarios Fabián Guzmán y Pedro Astudillo se encuentran en proceso de adoptabilidad, los usuarios Brayan Ortiz y Juan Felipe Vega, actualmente no cuentan con encuentros biológicos por desinterés de la familia biológica. Actualmente, están vinculados en actividades extracurriculares y atención Psicosocial por parte del operador "Amo te Cuido".

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓		✓			
Acta de colocación	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓		✓		✓			
Valoración Médica	✓		✓		✓		✓			
Fórmulas Médicas	✓		✓		✓		✓			
Carné de Salud	✓		✓		✓		✓			
Citas Médicas	✓		✓		✓		✓			
Registro Civil	✓		✓		✓		✓			
Documento de Identidad	✓		✓		✓		✓			
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	✓		✓		✓		✓			
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	✓		✓		✓		✓			

Powered by CamScanner

Observaciones:

Al realizar la visita domiciliaria, las carpetas de los usuarios cuentan con soporte actualizado (Informes y atenciones en salud - educación y extraescolar)

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	✓		✓		✓		✓			
Personal	✓		✓		✓		✓			
Escolar	✓		✓		✓		✓			
Aseo e higiene personal	✓		✓		✓			✓		

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

El usuario Pedro José Astudillo Bolaños actualmente no está inscrito en Educación, por tal motivo no cuenta con dotación escolar

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Powered by CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Durante la visita domiciliaria, se determina vivienda en buen estado, con elementos para la atención de los usuarios activos

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

- Actualizar documentación antecedentes penales - Judiciales en el mes de Mayo/2024.
- En el momento de la visita domiciliaria, las habitaciones de los usuarios se observan desordenadas (Ropa en la cama, zapatos tirados). Se recomienda orientar procesos de orden y limpieza en las habitaciones de los usuarios.
- Brayan Ortiz: Pendiente cita Neuropsicología y Psicología.
- Fabián Guzmán: Asistió a cita de Psicología. 24 de Mayo/2024.

Powered by CamScanner

Observaciones:

Al realizar la visita domiciliaria, la madre sustituta cuenta con soportes - documentación completa, sin embargo se recomienda en el mes de Mayo actualizar los antecedentes judiciales - penales

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI ✓	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- [x] Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- [ ] Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- [x] Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- [ ] Diálogo con miembros de la familia.
- [ ] Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- [ ] Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- [x] Condiciones satisfactorias
- [ ] Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- [ ] Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- [ ] Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Rocio Carolina Vargas	Yudys Roda Hoyos Gom.
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1.083.866.191 TP: 178256	CC. 36288[illegible]
Celular: 3132040086	Celular: 3203243561
Correo electrónico: psicologiayotewido@gmail.com.	Correo electrónico: hucquitap@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: DD/MM/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
I Social Pote cuido	CRA 1B # 13A-16 Los Andes	3204227379.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Katerine Nunez S.	1077.421.514	3204227379.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD MM AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
20/03/2024	Katerine Nunez S.	I. Tundur.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Duque2	Ijaji	Maryen Lucia.
	Identificación:		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cra 14 # 9-05	Tel. Fijo	Celular 3177114161
Barrio: caluno.	Correo electrónico: Nuryen2312@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X]	Plan Mejoramiento[2] [ ]	Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Hector Stiven sumboni	DD/MM/AA 21/10/2014	1083986262		11/08/2023	Comisaria F. suntyuchin
2	Leider santiago Rodriguez	DD/MM/AA 24/12/2014	1076916874	2361 3163	5/11/2023	CZ Peica #7.
3	Duvan Leonardo Rojas	DD/MM/AA 22/08/2008	1076741193	2358 8804	DD/MM/AA 9/01/2024.	Claudio Lopez CZ Pto.
4	Yuder Esteban Gonzalez	DD/MM/AA 30/03/2008	1084254396		DD/MM/AA 29/02/2024.	Cristino Molina CZ Pto.
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Los jovenes ubicados en la unidad de domicilio cuentan con afiliacion a seguridad social en salud y vinculacion sistema Educativo.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si ✓ / No	Si / No ✓	Si / No ✓	Si / No ✓	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

los NNAJ no cuentan con enuento psicologico debido que se encuentran en proceso de adopción y la comisaria no aporta información del niño hecha de su familia para fortalecimiento familiar

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓		✓			
Acta de colocación	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓		✓		✓			
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓		✓		✓			
Valoración Médica	✓		✓		✓		✓			
Fórmulas Médicas	✓		✓		✓		✓			
Carné de Salud	✓		✓		✓		✓			
Citas Médicas	✓		✓		✓		✓			
Registro Civil	✓		✓		✓		✓			
Documento de Identidad	✓		✓		✓		✓			
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	✓		✓		✓		✓			
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	✓		✓		✓		✓			

Powered by CamScanner

Observaciones:

Se revisan las historias de atención de los cupos y se observan en adecuadas condiciones, con los aspectos nutricionales, psicosocial y educativos.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	✓		✓		✓		✓			
Personal	✓		✓		✓		✓			
Escolar	✓		✓		✓		✓			
Aseo e higiene personal	✓		✓		✓		✓			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Se observan las dotaciones completas y en buen estado.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Powered by CamScanner

Observaciones:

La carpeta allá reedra existiu se observa completo. con todos los soportes y al dia. los antecedents judiciales.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Powered by CamScanner

Espacio de estar	si	si	si	si	si	si	si

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

En el momento de la visita la vivienda se observa con adecuada asepsia.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

En el momento de la visita la vivienda se observa en adecuadas condiciones de aseo y organización. No se evidencia humedad.

Se recomienda a la madre sustituta gestionar las citas que estan programadas por cada grado. es una madre que se encuentra al dia con la atencion en salud y demas de los niños, niñas y adolescentes.

En respecto al adolescente Duvan reporta que ha mejorado el comportamiento y la comunicacion a nivel familiar.

Powered by CamScanner

Reporta que el niño Hector esta presentando conductas rebeldes y desafiantes en el interior del hogar y el contexto escolar. por lo que se realiza orientación al niño para mejorar dicha situación.

El adolescente queda pensativo callado y un poco timido, se indaga los motivos por los cuales esta alejado o triste y refiere que si personalidad es así y que no desea hablar en el momento. la madre refiere que el adolescente es así en ocasiones se duda que el no sienta afecto hacia nadie. por lo que se sugiere continuar con las atenciones psicologicas.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

✓ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
✓ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
_____ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
✓ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

✓ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Kuctenpre Nunes S-	Maryen Lucia Navarro
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	Maryen Lucia Navarro
CC. 1077491524 TP. 2224/1007	CC. 1S2929120
Celular: 3204227374	Celular: 3177114161
Correo electrónico:	Correo electrónico: maryen2312@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 25/04/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación "Yo te Cuido"	Kr 1 B # 13 A - 16. Barrio: Los Andes.	3132040036.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Katheryne Ramos	1.077.421.524.	3204227379.
Rocio Carolina Vargas	1. 083. 866. 191.	3132040036.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD MM AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
		Fundación "Fondae".

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Claros	Elsa Maria.
	Identificación: C.C 26.452.632		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección:	Tel. Fijo	Celular 3212381354.
Barrio:	Correo electrónico: elsamariarojas19@gmail.com.	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Laura Maria Bocanegra Llanos	26/02/2000	1.111.263.696	23500580	11/06/2013	Defensoría Cuarta Claudia López.
2	Maria José Salgado Vega.	10/09/2009	1.088.892928	23580655	17/07/2019	Defensoría Cuarta Claudia López.
3	Maria del Mar Gallndez Bravo	04/06/2013	1.144.630.774	23598446	13/03/2023	Comisaría Pitalito Olga Perdomo
4	Dailyn Luciana Barrera Jimenez	28/04/2023	1.075.327.944	23510088	03/11/2023	Defensoría Cuarta Claudia López.
5	Kevin Mateos Males Realpe.	29/01/2020	1.075.305.709	23592946	05/02/2022	Defensoría Sexta Javier Lumbe

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Goza de un buen estado nutricional.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Recibe atención psicosocial.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios activos en la unidad de servicio cuentan con afiliación a Sistema en Salud, educación y activación en actividad extracurricular.
Atención activa por proceso Psicología - Trabajo Social Psicosocial.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si / No ✓	Si ✓ / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No	Si ✓ / No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios activos en la unidad de servicio; cuentan con acompañamiento interdisciplinario y articulación en redes. Actualmente, lleva encuentros biológicos la usuaria Daylin Barrera; con su madre biológica y abuela materna.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓		✓		✓	
Acta de colocación	✓		✓		✓		✓		✓	
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓		✓		✓		✓	
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓		✓		✓		✓	
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓		✓		✓		✓	
Valoración Médica	✓		✓		✓		✓		✓	
Fórmulas Médicas	✓		✓		✓		✓		✓	
Carné de Salud	✓		✓		✓		✓		✓	
Citas Médicas	✓		✓		✓		✓		✓	
Registro Civil	✓		✓		✓		✓		✓	
Documento de Identidad	✓		✓		✓		✓		✓	
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	✓		✓		✓			✓	✓	
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	✓		✓		✓		✓		✓	

Powered by CamScanner

Observaciones:

Los usuarios activos en la unidad de servicio cuentan con carpeta y soportes como: Documentación personal y procesos de atención de manera integral.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	✓		✓		✓		✓		✓	
Personal	✓		✓		✓		✓		✓	
Escolar	✓		✓		✓			✓	✓	
Aseo e higiene personal	✓		✓		✓		✓		✓	

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Los usuarios activos en la unidad de servicio, cuentan con dotación: Básica, personal, escolar y personal. La usuaria Daylin Barrera no cuenta con dotación escolar por su actual edad (1 año aproximadamente).

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

Se recomienda a la madre sostituta; actualizar la documentación personal (Antecedentes disciplinarios - legales).

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI ✓	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Powered by CamScanner

Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La vivienda en el momento de la visita domiciliaria, se encuentra en buen estado, con asepcia óptima.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

* Actualizar antecedentes disciplinarios - legales por parte de la madre sustituta.

* Hacer entrega por parte del operador manual "Pacto de Convivencia" y formato "Código Ético".

* Usuaria Laura Bocanegra: Asistir a examen de Tiroides, coprológico y frotis faríngeo) y asignación de cita por Medicina Interna. Asistir a especialidad Psiquiatría; el próximo 29 de Abril / 2024.

* Maria del Mar Galindez: Asistir a cita Psicología de control; el próximo 29 de Abril / 2024.

Powered by CamScanner

- Maria Jose Salgado Vega: Radicación Terapia Fisica Integral, remitida por Medicina General con 12 sesiones de manera presencial.

- Dailyn Barrera: Efectuar asignación de cita a especialidad Pediatria, con respectivo soporte de control valoración médica.

- Kevin Matias Mateo Ocampo: Radicación cita de control por especialidad Neuro-Pediatria.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

_____Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__✓__Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____Diálogo con miembros de la familia.
_____Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__✓__Condiciones satisfactorias
_____Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Rocio Carolina Vargas.	Elsa Maria Rojas Claros.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 1.083.866.191 TP. 178256	CC. 26458263
Celular: 3132040036.	Celular: 3212381352
Correo electrónico: Hspsicologia@fundación socialyoteCuidoQgmail.com	Correo electrónico: elsamariarojas15@gmail.com.

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 23-04-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Ca Platon

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social Yo Te Cuido	Calle 4 N-6-33	3124364343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Paola Andrea Acuña	26427401	3124364343

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
DD MM AAAA 21-03-2024	Francy Yulith Silva	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Valencia	Losada	Ana Milena
	Identificación:	29.122.846	

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Powered by CamScanner

Dirección: 10 e N: 11-03	Tel. Fijo Norezona	Celular 3132626213
Barrio: villa del Cambis	Correo electrónico: amvalencia@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Adan Mateo R.	DD/MM/AA 5-10-2014	TI 1077241418	2348836	DD/MM/AA 28-12-2023	Comisaria Tercia
2	Jhon Freddy Abella	DD/MM/AA 2-10-2009	TI 1007232382	23211121	DD/MM/AA 29-11-2023	Septima/ Nucleo.
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Se observa que los usuarios cuentan con vinculación al sistema general de salud.

Powered by CamScanner

asistiendo a cada una de las citas, los dos usuarios con tratamiento farmacologico, se encuentra informe escolar del primer periodo.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No X	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Jhon Fredy su situación jurídica es adoptabilidad, Adan sin autorización de encuentro biologico desde el ingreso a la modalidad, los usuarios vinculados a actividad extracurricular Damas Adan, Jhon en basquebol.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X							
Acta de colocación	X		X							
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X							
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X							
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X							
Valoración Médica	X		X							
Fórmulas Médicas	X		X							
Carné de Salud	X		X							
Citas Médicas	X		X							
Registro Civil	X		X							
Documento de Identidad	X		X							
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X							
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X							

Observaciones:

Se observa registro de medicamentos actualizado a la fecha, carpeta con separadores y con los documentos debidamente archivados.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X							
Personal	X		X							
Escolar	X		X							
Aseo e higiene personal	X		X							

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los usuarios cuentan con dotación basica, en el mes de marzo recibieron dotación personal, igual que boldo escolar

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		12-02-2024
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		1-06-2023
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*			
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		21-03-2024.
Certificación primeros auxilios	X		25-11-2022.
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

los antecedentes se actualizaron el dia 12-02-2024.

la carpeta cuenta con todos los documentos.

Powered by CamScanner

registros de experiencias actualizado al dia 22 de abril.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

Vivienda en perfectas condiciones de Orden de aseo, lugares iluminados, amplios, espacios libres de malos olores, Nevera limpia.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Sin hallazgos

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

_____Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__X__Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____Diálogo con miembros de la familia.
_____Diálogo con vecinos, instituciones, otros
__X__Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__Condiciones satisfactorias
_____Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Paola Andrea Marin G	Ana Milena Valencia
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	Ana Milena Valencia
CC. 26424401 TP. 168323	CC. 29.122.846
Celular: 3124564343	Celular: 3132626213
Correo electrónico: hsicologiapaola@hotmail.com	Correo electrónico: amvalencia@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar	X	Casa hogar	

Regional HUILA Centro Zonal LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CARRERA 4 N° 6-34 BARRIO SAN SEBASTIAN	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Melisso Ruiz Castro	1032501951	3165320877

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
13/04/2024	Diana Paola Poliche	ICBF

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Solorzano	Cardoso	Olga Beatriz
	Identificación:	36 381.366 - La Plata	

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Dirección: Calle 10 N° 8-07	Tel. Fijo	Celular 3115996113
Barrio: San Rafael	Correo electrónico: olgasolorzano0512@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Andres Estiben Otela Rivera	16/03/2018	1080267572	—	08/04/2024	Alexis Nicolai Paliño
2	Sara Valentina Otela Rivera	05/11/AA 2013	1082158993	—	08/04/2024	Alexis Nicolai Paliño
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Afiliación de Sara no fue posible por falta de registro civil, ya tiene cita para afiliación 03/05/2021; afiliación al sistema

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

educativo; recibe atención psicosocial desde el operador.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si SX	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 23-04-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Ca Platon

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social Yo Te Cuido	Calle 4 N-6-33	3124364343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Paola Andrea Acuña	26427401	3124364343

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
DD MM AAAA 21-03-2024	Francy Yulith Silva	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Valencia	Losada	Ana Milena
	Identificación:	29.122.846	

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Powered by CamScanner

Dirección: 10 e N: 11-03	Tel. Fijo Norezona	Celular 3132626213
Barrio: villa del Cambis	Correo electrónico: amvalencia@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Adan Mateo R.	DD/MM/AA 5-10-2014	TI 1077241418	2348836	DD/MM/AA 28-12-2023	Comisaria Tercia
2	Jhon Freddy Abella	DD/MM/AA 2-10-2009	TI 1007232382	23211121	DD/MM/AA 29-11-2023	Septima/ Nucleo.
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Se observa que los usuarios cuentan con vinculación al sistema general de salud.

Powered by CamScanner

asistiendo a cada una de las citas, los dos usuarios con tratamiento farmacologico, se encuentra informe escolar del primer periodo.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No X	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Jhon Fredy su situación jurídica es adoptabilidad, Adan sin autorización de encuentro biologico desde el ingreso a la modalidad, los usuarios vinculados a actividad extracurricular Damas Adan, Jhon en basquebol.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X							
Acta de colocación	X		X							
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X							
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X							
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X							
Valoración Médica	X		X							
Fórmulas Médicas	X		X							
Carné de Salud	X		X							
Citas Médicas	X		X							
Registro Civil	X		X							
Documento de Identidad	X		X							
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X							
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X							

Observaciones:

Se observa registro de medicamentos actualizado a la fecha, carpeta con separadores y con los documentos debidamente archivados.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X							
Personal	X		X							
Escolar	X		X							
Aseo e higiene personal	X		X							

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los usuarios cuentan con dotación basica, en el mes de marzo recibieron dotación personal, igual que boldo escolar

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		12-02-2024
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		1-06-2023
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*			
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		21-03-2024.
Certificación primeros auxilios	X		25-11-2022.
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

los antecedentes se actualizaron el dia 12-02-2024.

la carpeta cuenta con todos los documentos.

Powered by CamScanner

registros de experiencias actualizado al dia 22 de abril.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

Vivienda en perfectas condiciones de Orden de aseo, lugares iluminados, amplios, espacios libres de malos olores, Nevera limpia.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Sin hallazgos

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

_____Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__X__Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____Diálogo con miembros de la familia.
_____Diálogo con vecinos, instituciones, otros
__X__Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__Condiciones satisfactorias
_____Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Paola Andrea Marin G	Ana Milena Valencia
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	Ana Milena Valencia
CC. 26424401 TP. 168323	CC. 29.122.846
Celular: 3124564343	Celular: 3132626213
Correo electrónico: hsicologiapaola@hotmail.com	Correo electrónico: amvalencia@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 27/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar	X	Casa hogar	

Regional HUILA Centro Zonal LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CARRERA 4 N° 6-34 BARRIO SAN SEBASTIAN	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Melisso Ruiz Castro	1032501951	3165320877

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
13/04/2024	Diana Paola Poliche	ICBF

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Solorzano	Cardoso	Olga Beatriz
	Identificación:	36 381.366 - La Plata	

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Dirección: Calle 10 N° 8-07	Tel. Fijo	Celular 3115996113
Barrio: San Rafael	Correo electrónico: olgasolorzano0512@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Andres Estiben Otela Rivera	16/03/2018	1080267572	—	08/04/2024	Alexis Nicolai Paliño
2	Sara Valentina Otela Rivera	05/11/AA 2013	1082158993	—	08/04/2024	Alexis Nicolai Paliño
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	SI No	SI No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Afiliación de Sara no fue posible por falta de registro civil, ya tiene cita para afiliación 03/05/2021; afiliación al sistema

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

educativo; recibe atención psicosocial desde el operador.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si SX	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SX No	SX No	Si No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 23-04-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional HUILA Centro Zonal LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 4 N.6-33 BARRIO SAN SEBASTIAN	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Melissa Ruiz Castro	1032501951	3165320877

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
18/04/2024	Diana Paola Poliche	ICBF

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	DIAZ	RODRIGUEZ	DAYANA CATERIN
	Identificación: cc 1061728361		
Dirección: calle 19 A. N- 1ª-52E		Tel. Fijo No tiene	Celular 3137164889
Barrio: CIUDADELA SAN MIGUEL	Correo electrónico: dayanita.0512@hotmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	X	Plan Mejoramiento[2]	☐	Seguimiento extraordinario	☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	FARID SILVA BARRERA	19/02/2008	T.I 110044908	23438642	13/12/2023	Alonso Martínez / Defensoría Primera
2	JAIRO EMIR QUINTERO PENHA	26/01/2017	R.C 1145831001	23438070	28/02/2024	segunda/Eliana Mercedes Alvarez
3						
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Powered by CamScanner

Se evidencia vinculación al sistema de salud y al sistema educativo en ambos usuarios

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Fario se encuentra vinculado al fútbol, Jairo se encuentra en dibujo, ambos tienen visitas biológicas, disfrutan de entornos protectores, expresan libremente sus opiniones y respetando a otros de sus libertades.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X							
Acta de colocación	X		X							
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X							
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X							

Powered by CamScanner

Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X								
Valoración Médica	X		X								
Fórmulas Médicas		X	X								
Carné de Salud	X		X								
Citas Médicas	X		X								
Registro Civil	X		X								
Documento de Identidad	X		X								
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X			X							
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X								

Observaciones:

Ambos usuarios cuentan con las atenciones en salud y se encuentran al día, las carpetas tienen todos los separadores actualizados

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X							
Personal	X		X							
Escolar	X		X							
Aseo e higiene personal	X		X							

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Los usuarios cuentan con todas las dotaciones al día, en marzo fueron las últimas

Powered by CamScanner

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		23/05/2023
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		22/03/2024
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		20/09/2023
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta se encuentra actualizada, con documentos al día, están debidamente organizados segun separadores.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

Powered by CamScanner

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI(X)	(X)SI	SI(X)	SI(X)	SI(X)
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Se encuentra en optimas condiciones de orden e higiene, ventilación e iluminación natural

Powered by CamScanner

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Sin hallazgos

Actividades desarrolladas en la visita:

_X_ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
_X_ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_X_ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

_X_ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de RoI.

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Melisso Ruiz Castro		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1032501951	TP. 1032501951	CC. 1061728361
Celular: 3165320877		Celular: 3137164889
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: dayanita.0512@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 29-04-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad		Tutor
	■			

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional _____HUILA _____Centro Zonal _____LA PLATA _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 4 N.6-33 BARRIO SAN SEBASTIAN	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Paola Andrea Mann	26427401	3124564343

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
23-04-2024	Diana Paola Poliche	Centro Zonal La Plata. ICBF

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	GARCIA	GUALTEROS	DISNEY
	Identificación: cc 36382703		
Dirección: calle 3 sur 9-48		Tel. Fijo No tiene	Celular 3106284835
Barrio: el portal		Correo electrónico: Disney garcia2017@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	MARIA DE LOS ANGELES BURGOS CABALLERO	13/12/2011	T.I 1075801282	23237527	24/04/2024	DEFENSORIA SEPTIMA NEIVA
2	KELLY JHOANA FERNANDEZ PENNA	9/07/2014	T.I 1080265163	SIN DATO	13/10/2023	COMISARIA LA ARGENTINA
3	CRISTIAN MAURICIO OME TELLES	19/04/2009	T.I 1094919748	23438915	27/02/2024	ALONSO MARTÍNEZ / DEFENSORÍA

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

						PRIMERA
4	ASTRID JOHANA VARGAS QUIMBAY	12-01-2008	T.I 1121864259	SIN INFORMACION	18/04/2024	COMISARIA ALGECIRAS
5						

* Anule los renglones no utilizados

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

En cuanto la vinculación al sistema escolar de Maria de los Angeles y Astrid se encuentran realizando gestiones con la autoridad administrativa, cuidador y madre sustituta para obtener un cupo, las usuarias llevan dos semanas de ubicación, se logro vinculación a la actividad extracurricular de cada una de ellas. Se cuenta con informe escolar de Kelly y Cristian del primer periodo con promedios bajos.

Maria de los Angeles en el proceso de adaptación a la unidad debido al cambio realizado hace 5 días.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

María de los angeles recibe comunicación con sus hermanas atraves de video llamada, esto con la autorización de la autoridad administrativa. los demas usuarios de manera presencial en las instalaciones del operador, ultimo encuentro el dia 26 de abril.

Astrid y María en proceso de adaptación a la

Powered by CamScanner

fecha empoderandolas del pacto de convivencia, normas, reglas y derechos, dentro de la Unidad.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X		X			
Acta de colocación	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X			
Valoración Médica		X	X		X			X		
Fórmulas Médicas	X			X	X					
Carné de Salud	X		X		X		X			
Citas Médicas	X		X		X		X			
Registro Civil	X		X		X		X			
Documento de Identidad	X		X		X		X			
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X	X		X			X		
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X			

Observaciones:

Se realizo portabilidad de Maria de los Angeles y Astrid pendiente quedan activas para iniciar las atenciones en Salud.
Con tratamiento farmacologico Cristian y Maria de los Angeles se observa registro de medicamentos.
Pendiente vinculación al sistema escolar de las usuarias razon por lo cual no se cuenta con informe escolar. del año 2024.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar		X	X		X		X	X		
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Los usuarios cuentan con dotación personal en buen estado el operador hizo entrega de dotación personal de seguimiento el día 29-04-2024.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la madre sustituta se encuentra organizada con sus respectivos documentos, todos actualizados.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI X	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

la Vivienda en el momento de la visita se encuentra Organizada, las habitaciones con iluminación

Powered by CamScanner

natural, la humedad de la habitación de los usuarios fue arreglada, el área de la cocina en favorables condiciones, nevera limpia, refrigerador con los alimentos rotulados.
El patio a sido modificado con algunos arreglos para mantener el orden, segun la madre la madera que se observa almacenada es para usarla en una actividad familiar.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Pendiente dar continuidad a las atenciones en salud y tratamiento farmacologico de Kelly, pero para esto se requiere el apoyo de la autoridad administrativa.
*En cuanto los hallazgos de la visita 23-04-2024: se solicito a la autoridad de Astrid los certificados de las valoraciones, alaya con declaratoria en adoptabilidad hace mas de 5 años.

Actividades desarrolladas en la visita:

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- ___ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ___ Diálogo con miembros de la familia.
- ___ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- X Condiciones satisfactorias
- ___ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ___ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ___ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de RoI.

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Paola Andrea Alarcón Gonzalez.	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita DISNEY GARCIA GUALTEROS
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 26427401 TP. 160323	CC. 36383845
Celular: 3124764343	Celular: 3106284835
Correo electrónico : hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com	Correo electrónico: disneygarcia2017@hotmail.com

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 29-04-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional HUILA Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CRA 4 N° 6-33 B/ SAN SEBASTIAN	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Paola Andrea Mauri	26477401	3124564343

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
25-04-2024	Diana Paola Poliche	ICBF Centro Zonal La Plata

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Gomez	Ardila	leidy Constanza
	Identificación: 1.117.529.340		
Dirección: Calle 6 N: B-39		Tel. Fijo: No refiere	Celular: 3138961014
Barrio: Comfamiliar		Correo electrónico: Lesomez1995@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ■ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	ASHLY XIOMARA GUEVARA	10/10/2009	T.I 1081408637	23438475	28/12/2023	comisaria La Plata
2	TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS	12/09/2024	T.I. 1061225531	1763806813	13/02/2024	segunda/Eliana Mercedes Álvarez
3	KRISHDAEL MARTINEZ BARONA	5/09/2012	T.I 1096037678	23438454	21/12/2023	comisaria La Plata
4						
5						

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si No	Si X No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si No	Si X No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si No	Si X No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Powered by CamScanner

Tania Chacue avanza en el proceso de recuperación nutricional, la madre sustituta logro reclamar el alimento de la niña ante la EPS, asi mismo desde el operador y autoridad administrativa se deberan acciones frente a la EPS para la asignación de citas por los especialistas; Krisdael y Yiomary con atenciones al dia.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ✓ No	Si ✓ No	Si ✓ No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

la familia de Krisdael se a mostrado ausente el niño no ha recibido encuentro con ellos; Yomara recibe encuentro cada mes con la red extensa; En cuanto la niña Tania la familia la visita en el hospital, pendiente agenda nueva visita; Tania recibe terapias físicas domiciliarias que brindan estimulación y actividad en la niña. Los otros dos usuarios vinculados en actividad extracurricular; se observan entornos protegidos.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓		✓					
Acta de colocación	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓		✓					
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓		✓					
Valoración Médica	✓		✓		✓					
Fórmulas Médicas		✓	✓			✓				
Carné de Salud	✓		✓		✓					

Powered by CamScanner

Citas Médicas	X		X		X					
Registro Civil	X		X		X					
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X			X	X					
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

Los usuarios sin tratamiento farmacologico, Tania con formula de nutrición, Tania NO aplica al sistema escolar por su diagnostico; Krisdael y Xioman con informe escolar del primer periodo el niño ocupo el puesto número uno en el salon, Xioman debe recuperar una area; Los registros de experiencias actualizados a la fecha 27-04-2024. Carpetas Organizadas y decoradas.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar	X		X		X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Se observa que los usuarios recibieron dotación personal el dia 27 de marzo y el 29 de abril, dotación basica en buen estado, cuentan con

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Powered by CamScanner

dotación personal acorde a lo (Soci) Solicitado en el manual operativo, y ala necesidad de los usuarios.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la Carpeta de la madre sustituta se encuentra completa con la documentación al día y actualizada.
Así mismo la red de apoyo y la composición familiar.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

No se evidencia en la vivienda areas que sereen algún tipo de riesgo para los usuarios, los espacios son ventilados y luminosos, el área de la cocina limpia el refrigerador con los alimentos rotulados.

Powered by CamScanner

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

"Sin hallazgo" ... Dando respuesta a los compromisos de la visita del dia 25-04-2024: * Se cuentan con las autorizaciones de la niña Tania para las especialidades pendiente Agendar.
* El equipo de Yo te cuido realizo Comunicación con el medico domiciliario y se compromete remitir la historia clinica de inmediato.
* Kristdael cuenta con Certificado nutrición ICBF estaba mal Archivado.

Actividades desarrolladas en la visita:

- [x] Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- [ ] Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- [x] Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- [ ] Diálogo con miembros de la familia.
- [ ] Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- [x] Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- [x] Condiciones satisfactorias
- [ ] Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- [ ] Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- [ ] Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Paola Andrea Alain G.		Leidy Constanza Gomez A.
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
CC.26427401	TP 160323	CC.
Celular: 3124564343		Celular:
Correo electrónico: hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com		Correo electrónico:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 23-04-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	CARERA 4 Nº 6-34 BARRIO SAN SEBASTIAN	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ	26427401	3124564343

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
21-03-2024	Paola Andrea Marin G	Fundación Fundar

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido NIETO	Segundo Apellido COTACIO	Nombres FRANCY YORLAY
	Identificación: 25.464.874		
Dirección:		Tel. Fijo	Celular 3222689309
Barrio:	Correo electrónico: Francynieto56@hotmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ■ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	YOHAN SEBASTIAN JOJOA PALNENCIA	22/06/2014	1080187857	232113219	17/11/2022	Segunda/YARI MILENA RUIZ
2	CRISTHIAN DAVID ACOSTA CERON	26/06/2007	T.I 1117971444	18033615	9/02/2024	Septima/Anyela Cabrera
3						
4						
5						

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Powered by CamScanner

Los usuarios cuentan con vinculación al sistema de salud, con atenciones al día. Con vinculación al sistema educativo con informe escolar del primer periodo, vinculación a actividad extracurricular del agrado de los usuarios.
Con documento de identidad acorde a la edad.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Usuarios con declaratoria de adoptabilidad, razón por la cual no reciben encuentro con la familia; Refieren los usuarios recibir un trato digno, respetuoso por parte de la madre y familia sustituta, mencionan estar adaptados a la unidad de servicio. Se observan en buena presentación de aseo y cuidado personal.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X							
Acta de colocación	X		X							
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X							
Valoración/Seguimiento	X		X							

Powered by CamScanner

Psicológica	X		X								
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X								
Valoración Médica	X		X								
Fórmulas Médicas	X		X								
Carné de Salud	X		X								
Citas Médicas	X		X								
Registro Civil	X		X								
Documento de Identidad	X		X								
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X								
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X								

Observaciones:

las carpetas de los usuarios organizadas, con la información completa. y al día, informe escolar del primer periodo. Registros de experiencia actualizado a la fecha 19-04-2024

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X							
Personal	X		X							
Escolar	X		X							
Aseo e higiene personal	X		X							

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los usuarios cuentan con la dotación personal en buen estado, la dotación basica se encuentra en mal estado, la cama arrimada para ajustar, comoda sin un sugetador.

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Dotación Escolar en buen estado, y KIT escolar con bolso.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		21-02-2024
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		14-03-2024
Certificación primeros auxilios	X		27-05-2021
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la madre sustituta se encuentra organizada con sus respectivos separadores, toda la documentación completa. antecedentes actualizados.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

la vivienda se encuentra organizada, espacios libres de riesgos, dormitorios organizados, sin grietas, sin humedad.

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

Powered by CamScanner

5.COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Sin hallazgos

Actividades desarrolladas en la visita:

__X__ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__X__ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
__X__ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de RoI.

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Paola Andrea Marín G.	FRANCY YORLAY NIETO COTACIO
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 26427441 TP 160323	CC. 25.464.874 DE INZA - CAUCA
Celular: 3124564343	Celular: 3222689309
Correo electrónico: HSPICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM	Correo electrónico: francynieto56@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 29-04-2024 DD/MM/AAAA

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	
Hogar de paso	Familiar		Casa hogar			

Regional HUILA Centro Zonal LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CARRERA 4 N° 6-34 BARRIO SAN SEBASTIAN	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Paola Andrea Main	26427401	3124564343

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD/MM/AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
22-04-2024	Diana Paola Puliche	Centro Zonal La Plata. ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Chimbaco	Main	Mireya.
	Identificación: 36.303845		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Calle 5 A N:- 17-24	Tel. Fijo NO REPORTA	Celular 3143030166
Barrio: Bello Horizonte	Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X]	Plan Mejoramiento[2] [ ]	Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Luisa fernanda Paz.	DD/MM/AA 8-06-11	TI 1081412013	2343891	DD/MM/AA 10-04-2024	Defensoria Primera
2	Juan Carlos Paz	DD/MM/AA 17-02-203	TI 1081415451	2343466	DD/MM/AA 10-04-2024	Defensoria segunda
3	Maria Jose Figueroa	DD/MM/AA 12-10-2014	T.I 1083918354	2351003 95	DD/MM/AA 24-04-2024	Defensoria comisaria PITALITO
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si X No	Si No X	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si No X	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Maira Jose pendiente de anculación al sistema escolar, la madre sustituta y defensor de familia

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Powered by CamScanner

adelantan gestiones, la niña lleva dos semanas de ubicación; Así mismo se adelanta portabilidad del Servicio de Salud al municipio de la Plata.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Maria Jose en proceso de adaptación a la unidad de Servicio, reporta la madre sustituta que la niña en oportunidades se muestra irritable, grita y no acata las normas, con alto riesgo de abandono de la unidad, Juan Carlos y Luisa han desmejorado su comportamiento.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X		X		X					
Fórmulas Médicas		X		X		X				
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X		X					
Registro Civil	X		X		X					
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X			X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

los usuarios NO cuentan con tratamiento farmacologico, No se cuenta con informe exodor de Maria Jose, pendiente documentos para la vinculación

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar	X		X			X				
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Maria Jose sin dotacion escolar, en cuanto se emita el Certificado el operador realizara la entrega, los tres usuarios con dotacion personal en buen estado.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La Carpeta de la Madre Sustituta esta actualizada con los soportes del nuevo Operador y demas documentacion. Antecedentes actualizados.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Sin hallazgos.

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

_____Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
__X__ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__X__ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Paola Andrea Olaya G.	**Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita**
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 1047401 **TP.** 160323	**CC.**
Celular: 3124764343	**Celular:**
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM	**Correo electrónico:**

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 23/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional _____ Centro Zonal _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social Yo te cuido	Calle 4 # 6 - 33	3165320877

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Melissa Ruiz Castro	1032501951	3165320877

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
16/04/2024	Eliana Mercedes Álvarez Muñoz	ICBF

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Quintero	Chaux	Maria Magdalena
	Identificación: 36379341		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Powered by CamScanner

Dirección: Calle 19 # 1 AE - 04	Tel. Fijo: No refiere	Celular: 3154138976
Barrio: Ciudadela San Miguel	Correo electrónico: quinterochaux@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Leidy Johana Mensa Mopan	01/07/2012	T.I. 1145827528	Sin información	18/01/2024	Comisaria de familia la Plata
2	Ana Sofia Ortiz Contreras	06/06/2011	T.I. 1081411986	23439132	03/04/2024	Defensoría primera de familia
3	James Andres Collazos Guagas	16/07/2019	T.I. 1083917027	1763561196	01/03/2024	Defensoría segunda de familia.
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

En cuanto a vinculación al sistema escolar de Ana Sofia Ortiz, se encuentra en proceso de matricula debido a que no se contaba

Powered by CamScanner

con documentacion completa; los otros 2 usuarios cuentan con vinculacion, están pendientes entrega informe escolar primer periodo.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Ana Sofia se encuentra en proceso de adaptación a unidad de servicio, la madre sustituta oriento constante en valores éticos y morales teniendo en cuenta que usuaria presenta dificultad en relacionamiento con pares; dentro de unidad de servicio se evidencia ambiente tranquilo y armonioso, sin presencia de situaciones que generen alarma.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X		X		X					
Fórmulas Médicas	X		X			X				
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X		X					
Registro Civil	X			X		X				
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X	X			X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X				X					

Observaciones:

Se observan carpetas organizadas con respectivos separadores y en orden cronológico; pendiente vinculación Ana Sofia a sistema escolar, e informes escolares de Leidy y James. Registros actualizados a la fecha 23/04/2024

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X			X	X					
Escolar	X			X	X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Se encuentra pendiente entrega dotación inicial de Ana Sofía; la dotación escolar será entregada cuando se tenga certificado de estudio. Se observan dotaciones personales en buen estado.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		24/10/2013
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		16/08/2023
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		22/03/2024
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		12/03/2024
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la madre sustituta tiene toda la documentación al día; antecedentes actualizados a la fecha 22/04/2024.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

Se observan espacios limpios, seguros, libre de roedores y malos olores, cuenta con ventilación e iluminación natural, espacios habitacionales organizados

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Se deja como observación hacer llegar certificado de estudio en cuanto se realice la vinculación de la usuaria Ana Sofia Ortiz, y así mismo para la dotación escolar

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

_____Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
__X__ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__X__ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____Diálogo con miembros de la familia.
_____Diálogo con vecinos, instituciones, otros
__X__ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Melissa Ruiz Castro		Ma Magdalena Q
Firma de la persona que realiza la visita		**Firma de la persona que recibe la visita**
		Magdalena Q
CC. 1032501951	**TP.** 1032501951	**CC.** 36379341
Celular: 3165320877		**Celular:** 3154138976
Correo electrónico: hstrabajadorasocialplata@fundacionyotecuido.com		**Correo electrónico:** quimerochaux@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 24/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion social yo te cuido	Calle 6 N. 1e -40	—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernández	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
21/03/2024	Erica Alvarino	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Cumbe	Clara Ines
	Identificación: 55058747		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Scanned with ACE Scanner

Dirección: Cra 1b N. 36b-25	Tel. Fijo ——	Celular 3214287301
Barrio: Las Palmas	Correo electrónico: rojasclaraines94@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Maria Fernanda Gomez Ortega	10/06/10	1083896634	3235973 52	22/08/23	defensoria de familia de Palito
2	Anerly Geraldo Escobar	22/06/08	1081406540	3242592 6	22/03/24	defensoria de familia la Plata H.
3	Andres Fabian Pizo Bermudez	23/09/21	1079392462	3334025	17/07/2023	comisaria de agrado Huila
4	Luz Angela Sierra Orlano				11/04/2024	Comisaria de Acevedo
5						

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Scanned with ACE Scanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si X / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

la usuaria Luz Angela no se encuentra vinculada al sistema de educacion formal por falta de papeleria enviada por la

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

Scanned with ACE Scanner

entidad administradora; ya se adelanto el proceso de solicited por parte del operador de la modalidad H.S para la vinculacion de la misma.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No

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

Scanned with ACE Scanner

Descripción general de lo encontrado:

la niña Luz Angela, aun la E.A. no ha enviado la autorizacion de las personas que estaran Autorizadas para los encuentros biologicos.
Por otro lado Andres Fabian por su edad cronologica aun no tiene claro el concepto de autocuidado.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X		X			
Acta de colocación	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X			
Valoración Médica	X		X		X			X		
Fórmulas Médicas	X		X		X			X		
Carné de Salud	X		X		X		X			
Citas Médicas	X		X		X			X		
Registro Civil	X		X		X			X		
Documento de Identidad	X		X		X			X		
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X			X		X		X		
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X			

Observaciones:

la niña Luz Angela aun no cuenta con la documentacion pertinente, se han adelantado las solicitudes por parte de la E.A. de la fundacion hacia esta.

Scanned with ACE Scanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X			X		
Personal	X		X		X			X		
Escolar	X		X		X			X		
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

la niña luz Angela aun no recibe estas dotaciones; sin embargo la fundacion esta adelantando esta obligacion. La made Sustituta ha suministrado estos implementos parciales.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Cuentan con la carpeta ordenada y completa.

Scanned with ACE Scanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

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

Scanned with ACE Scanner

Se evidencia la casa en buenas condiciones de aseo, ordenada y con buenos espacios para el libre desplazamiento y actividades de los NNA.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Queda pendiente la valoración por medicina general de la niña Luz Angela. debido a la falta de documentación que no ha sido suministrada por la entidad administradora.

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with ACE Scanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- [x] Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- [ ] Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- [x] Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- [x] Diálogo con miembros de la familia.
- [ ] Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- [x] Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- [x] Condiciones satisfactorias
- [ ] Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- [ ] Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- [ ] Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura A. Fernandez Soto	
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández Soto	Otero Ruiz Rojas B
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 55058 747
Celular: 3222386509	Celular: 3214287301
Correo electrónico: psicologiaarzon@fundacionsocialyoteayudo.com	Correo electrónico: rojacaro1ars94@gmail

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Scanned with ACE Scanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 26/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social Yo te cuido	Cll 6 N. 16 - 40	—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernández	1077873295	3222386509.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
22032024	Norma Reyes	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Barrero	Fragua	Paola Liliana
	Identificación: 55065021		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Scanned with ACE Scanner

Dirección: Cr 3 # 1 - 09	Tel. Fijo ———	Celular 3137306371.
Barrio: Barrio Universitario	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Shavith Norwna Serrano Almario	DD/MM/AA 18-12-14	1.145.732 142.		DD/MM/AA 09-02-24	Defensoría 3 de familia Garzón
2	Juliana Michelle castro vargas	DD/MM/AA 07-01-15	1077.214 783.		DD/MM/AA 16-02-24	Defensoría 4 de familia Neiva
3	Valeria Sofia castrovargas	DD/MM/AA 10-10-16	1.076.514 024.		DD/MM/AA 16-02-24	Defensoría 4 de familia Neiva
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Scanned with ACE Scanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Las usuarias cuentan a la fecha con la garantía de sus derechos.

Scanned with ACE Scanner

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Scanned with ACE Scanner

Descripción general de lo encontrado:

La niña Sharith Mariana Serrano Almario no cuenta con encuentros biológicos en razón que, se encuentra en proceso de adoptabilidad.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X		X		X					
Fórmulas Médicas		X		X		X				
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas										
Registro Civil	X		X		X					
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X			X		X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

En los ítems marcados NO; en cuanto a formulas medicas ninguna de las tres niñas hasta el momento requieren. Sobre los boletines de las dos niñas se esta a la espera del funcionamiento de la plataforma institucional

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

Scanned with ACE Scanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar	X		X		X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Las usuarias hasta el momento cuentan con dotación al día y completa

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar			

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Se evidencia que la carpeta de la Madre Sustituta se encuentra al día

Scanned with ACE Scanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Despensa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Comedor	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sala	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lavandería	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dormitorios	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Baños	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Scanned with ACE Scanner

Se logra evidenciar que la vivienda cuenta con buenas condiciones de orden y aseo

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Como compromiso queda anexar los boletines de las usuarias a las carpetas, debido a que manifiesta la madre sustituta que la página de la institución educativa no le ha permitido imprimirlo.

Scanned with ACE Scanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- ___ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- X Diálogo con miembros de la familia.
- ___ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- X Condiciones satisfactorias
- ___ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ___ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ___ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura A. Fernández Soto	Paola Y Barrera. F
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández Soto	Paola Barrera.
CC. 1077893295 TP. 219284	CC. 55065021.
Celular: 3222386509	Celular: 3137306371.
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionpfecuido.com	Correo electrónico:

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Scanned with ACE Scanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: DD/MM/AAAA

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	
Hogar de paso	**Familiar**		**Casa hogar**			

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Sonia Yo te Cuido	Cll 6A1 E - 40	—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernandez	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
DD/MM/AAAA 20/03/2024	Erica Alvarino	Fundar.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Suarez	Andrade	Oneida
	Identificación: 55.066.773		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Scanned with ACE Scanner

Dirección: Calle 2 N. 3-38	Tel. Fijo ———	Celular 3106881504
Barrio: Santa Rosa la Jagua	Correo electrónico: Suarezoneida1981@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X]	Plan Mejoramiento[2] [ ]	Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Jacobo Noe Yaguna	16/09/20	R.C. 1082161150	23347227	09/02/24	Comisaria de familia Pital
2	Paula Tatiana Beltran	25/03/13	T.I. 1.129.006158	23347280	19/02/21	Defensora 3 de familia Garzón
3	Andres Felipe Barragan	28/11/03	CC. 1.075.539351	23303911	29/12/22	Defensora 2 de familia Garzón
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Scanned with ACE Scanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si No X	Si No X	Si No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si No X	Si No X	Si No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

los Ptemos(wo) con Jacobo, aun no se ha logrado su vincula-
ción a la modalidad (HCB) presente en el centro poblado

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Scanned with ACE Scanner

la Jagua, y tampoco la cuidadora Paula por su condición de discapacidad

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si / No X	Si / No X	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No X	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No

Scanned with ACE Scanner

Descripción general de lo encontrado:

Por Motivo de edad cronologica Jacobo y por condicion de discapacidad Paula no tienen percepcion ni practicas de autocuidado.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X		X		X					
Fórmulas Médicas	X		X		X					
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X		X					
Registro Civil	X		X		X					
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X		X	X	X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

Carpetas al dia y organizadas. Aun no se cuenta con documentacion para la vinculacion a (HCB) de Jacobo.

Scanned with ACE Scanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar		X		X	X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los usuarios cuentan con la dotación a la fecha, por condición de discapacidad Paulano tiene dotación escolar y Jacobo porque aun no ha sido posible su vinculación.

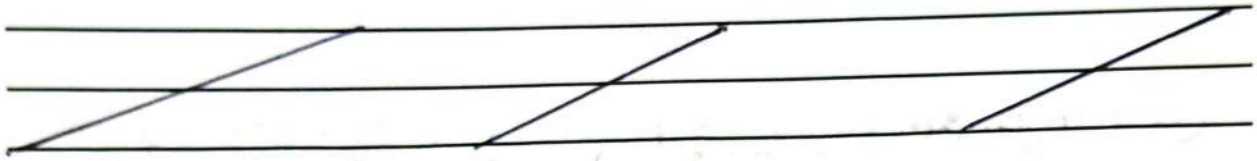
DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Cuento con toda la documentación al día y debidamente Organizada.

Scanned with ACE Scanner



Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Scanned with ACE Scanner

En la visita se evidencia que la vivienda cuentan con condiciones optimas de higiene y organizada.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Ninguno.

Scanned with ACE Scanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- [X] Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- [ ] Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- [X] Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- [X] Diálogo con miembros de la familia.
- [ ] Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- [X] Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- [X] Condiciones satisfactorias
- [ ] Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- [ ] Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- [ ] Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura A. Fernández Soto	Oreida Daniela Arteaga
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández S.	52 066 773
CC. 1077873295 TP. 219284	CC.
Celular: 3222386509	Celular: 3106891504
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com	Correo electrónico: [illegible]1981@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Scanned with ACE Scanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: DD MM AAAA 24-04-24

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional _____ Centro Zonal _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Cl 9 N 3-05	———

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernández	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
DD MM AAAA 20/03/2024	Norma Reyes	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Galindo		Vanes
	Identificación: 1122722966		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cr. 9 N. 3-05	Tel. Fijo —	Celular 3209337858
Barrio: San José/La Jagua	Correo electrónico: pelocalulu1982@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Jesús Daniel Valencia	25/12/16	1.082.130.780	2334 0773	18/01/24	Defensoría de familia Cacrón
2	Yolp Andrea Caballero O.	13/07/10	1077799191	1323103	04/03/24	Defensoría de familia
3	Depner Vasquez	22/08/15	1145733437	233506 52	22/04/24	Defensoría de familia Cacrón
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si / No X	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si / No X	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Los ?tems marcados en NO del usuario Jesús Daniel, es debido a la condición de discapacidad que presenta; en cuanto al niño

Powered by CamScanner

Jose Deines, es por que la autoridad administrativa aun no ha enviado la documentacion inicial para el respectivo proceso de vinculacion al sistema educativo, sin embargo ya se han radicado las respectivas solicitudes.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

los ítems marcados en (NO) son debido a la condición de Jesús Daniel y del niño Jose Deiner debido a que la autoridad administrativa no ha autorizado a las personas para los respectivos encuentros biológicos a la fecha.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X			X				
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X			X				
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X			X				
Valoración Médica	X		X			X				
Fórmulas Médicas	X		X			X				
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X			X				
Registro Civil	X					X				
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X			X		X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

El usuario Jose Deiner en los ítem marcados en (NO) son debido a que su ingreso es del 22-04-2024.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X			X				
Personal	X		X			X				
Escolar		X	X			X				
Aseo e higiene personal	X		X			X				

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los ítems marcados (NO) del usuario Jose Deiner es debido a que es de ingreso nuevo 22/04/2024, ya se estan adelantando las solicitudes de su respectiva dotación.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con todo al dia y carpeta debidamente organizada.

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

Powered by CamScanner

Se evidencia la casa en buen estado, ordenada y en buenas condiciones de higiene.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Ninguno.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
X Diálogo con miembros de la familia.
____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura Alejandra Fernández Soto	Vivian Galindo
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández	Vivian Galindo
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 1122722966
Celular: 3222386509	Celular: 3209337850
Correo electrónico: hspsicologiagarzon@fundacionyotecreado.com	Correo electrónico: pdvcclub1982@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 25/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzon

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social YO TE CUIDO	Cll 6 1 e 40 Santa Clara	— o —

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernández	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
19/03/2024	Norma Reyes	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	cedrel	de Fernandez	Fanny
	Identificación: 26491920		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Calle 2 sur 9-03	Tel. Fijo	Celular 3202293911
Barrio: los Olivos	Correo electrónico: suethanafernandez@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento[2] ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Nicolás Rodriguez Manzano	030-8-21	1.077882 338	176270 9488	01/04/2022	defensoria de familia de Garzón
2	Emily Sofia Tayardo Rolindo	210516	1.077.875 949	No cuenta	11/04/2024	Comisaria de altamira. Huila.
3	Sofia Alejandra Bernal Rodriguez	13 01 17	1.144.636 636	NO cuenta	18/04/2024	Comisaria de Acebedo Huila.
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si / No X	Si / No X	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X / No	Si / No X	Si / No X	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

De acuerdo a los items donde se marco NO, es debido a que aun no cuentan con la desvinculacion al sistema educativo de

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

Powered by CamScanner

donde residen, por tal motivo ya se esta adelantando las gestiones pertinentes para su vinculacion en el municipio de Barbosa, donde ahora residen.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

El ítem enmarcado en NO del niño Nicolas Rodriguez es de acuerdo a la edad cronologica del usuario.
En cuanto a Sofia Alejandra el ítem marcado en NO es debido a que la autoridad administrativa aun no ha autorizado asi: ed familiar por medio de correo a las personas para su respectivo proceso PARD.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X			X		X				
Fórmulas Médicas	X			X		X				
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X			X		X				
Registro Civil	X			X		X				
Documento de Identidad	X			X	X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X		X		X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X			X		X				

Observaciones:

las niñas Emily Sofia y Sofia Alejandra aun no cuentan con la documentacion entregada por la autoridad administrativa. sin embargo ya se estan adelantando la solicitud para obtener dicha informacion en la garantia de derechos.

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

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X			X		X				
Personal	X			X		X				
Escolar	X			X		X				
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Las usuarias Emily Sofia y Sofia Alejandra por el momento no cuentan con suministros de dotación y son suministrados por la madre sustituta, el operador esta adelantando las acciones.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

A la fecha se evidencia que la carpeta de la madre sustituta cuenta con toda la documentación al dia.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

la vivienda cuenta con condiciones optimas en limpieza, orden, accesibilidad y espacios idoneos.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Durante la visita, se le orienta a la madre sustituta que debe acercarse al centro de salud por urgencias con las niñas Emily Sofia y Sofia alejandra, ya que a la fecha no cuentan con la documentacion pertinente para la vinculacion o portabilidad al sistema de salud; por ende, se indica que este proceso debera llevarse a cabo por urgencias para la valoracion inicial de las usuarias en mencion.

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- [X] Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- [ ] Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- [X] Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- [X] Diálogo con miembros de la familia.
- [ ] Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- [X] Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- [X] Condiciones satisfactorias
- [ ] Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- [ ] Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- [ ] Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura A. Fernández Soto	Fanny Ceded de F
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández Soto	Fanny Ceded de F
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 36491920
Celular: 3222336509	Celular: 3202293391
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAOARZON@fundacionyotecuido.com	Correo electrónico:

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 24-04-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	cll 6 N. 16 - 40	—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Equipo Psicosocial	1077873295 1070606623	3222386509 3174947213

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
30-03-24	Nora Reyes	Fundar.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Cabrera	Vargas	Alzira Vianed
	Identificación: 55062718		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Calle 8 N. 7-60	Tel. Fijo	Celular 3133803136
Barrio: Sabambu	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Kerly Viviana Aley Pedono	DD/MM/AA 02/12/06	T.I 1117504923	2339 4762	DD/MM/AA 17/11/24	Defensora 1
2	Leidy Johana Aley Pedono	DD/MM/AA 31/03/05	C.C 1115943303	2339 4761	DD/MM/AA 23/11/24	Defensora 1
3	Elian Sapi Perez	DD/MM/AA 18/03/2021	NO reportel	23510 1505	DD/MM/AA 15/03/29	Defensora de familia Pitalito
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Por parte de la autoridad administrativa, no se cuenta con el respectivo

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Powered by CamScanner

documento de identidad de Dian. Se han hecho las gestiones de solicitud a la autoridad administrativa.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Debido a la edad cronológica de Eliana aun no comprende sobre las practicas de auto cuidado y protección, sin embargo estas se refuerzan constantemente en el Hogar sustituto y sus contextos proximos.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X		X			X				
Fórmulas Médicas	X		X			X				
Carné de Salud	X		X			X				
Citas Médicas	X		X			X				
Registro Civil	X		X			X				
Documento de Identidad	X		X			X				
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X			X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

Las gestiones para la documentacion de Eliana se estan realizando a la fecha segun respuesta de la autoridad administrativa.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar	X		X			X				
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Elyan ya se encuentra vinculado a la educación inicial primera infancia CDI, sin embargo se esta a la espera de la dotación ya que su ingreso fue hace poco.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

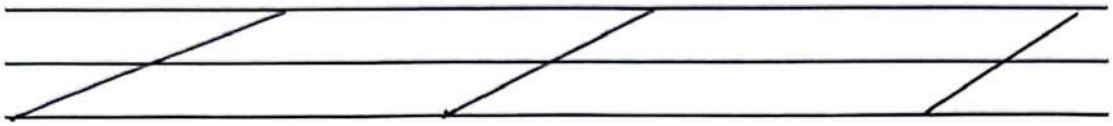
*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Carpeta con documentos ordenados y actualizados a la fecha.

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

Powered by CamScanner



Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

en la visita la vivienda se encuentra en optimas condiciones, limpia y ordenada. con espacios adecuados para el desarrollo.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Gestion para la adquisición de gafas formuladas para la usuaria. Kelly Viviana Alog por medio de la solicitud a la autoridad administrativa.

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
X Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	**Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita**
Laura Alejandra Fernández Soto	Alina Vianid Cabrera V
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández S.	Alina Vianid Cabrera
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 55062718C
Celular: 3222386509	Celular: 3133803136
Correo electrónico:	Correo electrónico: alex cabrera 90@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 26/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social cp te corido	Cll 6 1 E 40.	———

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernández	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
19/03/24	Erica Alvarno	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Terros	Castello	Rosa
	Identificación: 55.067.258		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Powered by CamScanner

Dirección: Cr 16 B 1 A 03	Tel. Fijo ———	Celular 3203100641
Barrio: Nuevo Horizonte	Correo electrónico: rosaterrazascastello2022@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Maira Guadalupe Paz B.	23/10/09	1082 15 7242	233500 13	17/01/24	Comisaría de familia Agrado
2	Ingrid Chaparro Muñoz	19/02/09	1081514 917	23350 385	13/03/24	Comisaría de familia Tarqui
3	Carmen Yulieth Muñoz Muñoz	04/01/11	1081516 023	23350 386	13/03/24	Comisaría de familia tarqui
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Cuentan con la garantía de derechos.

Powered by CamScanner

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Para el mes de abril la usuaria Maria Guadalupe no tuvo encuentro biologico, debido a que la madre biologica no pudo desplazarse ni cumplir con el encuentro el dia 22/04/2024.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X		X			X				
Fórmulas Médicas										
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas										
Registro Civil										
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X		X		X				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

la usuaria Carmen tiene valoracion medica el dia 29 de abril. en control del joven y medico general. Con respecto a la entrega de boletines estan previstos para los dias del 29 de abril al 3 de mayo. de los 3 usuarios.

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

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar	X		X		X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Las 3 usuarias cuentan con la dotación completa a la fecha.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar			
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Se observa que la carpeta cuenta con toda la documentación al día, organizada.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

En la visita la casa se encuentra ordenada, limpia y con espacios adecuados para el libre desarrollo de los NNA.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

En la visita que como compromiso que la madre sustituta acuda a la cita de valoracion medica y control del joven el dia 29/04/24 con la adolescente Carmen Muñoz y de anexar los boletines de los 3 trimestres una vez sean entregados por la institucion educativa

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- [x] Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- [ ] Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- [x] Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- [x] Diálogo con miembros de la familia.
- [ ] Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- [x] Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- [x] Condiciones satisfactorias
- [ ] Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- [ ] Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- [ ] Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura A. Fernandez Soto	
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
Laura Fernández	Rosa Teresa Castillo
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 55067.256 Barzon
Celular: 3222386509	Celular: 3203100641
Correo electrónico: HSPSICOLOGIA6ARZON@fundacionyotecuido.com	Correo electrónico:

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 21/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración		Discapacidad	X	Tutor	
Hogar de paso		Familiar			Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Cll 6 #1e-45	—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernández	1077873295	3222386504

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD/MM/AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
29/03/24	Erica Alcarino	Fundar.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Tiana	Casas	Olga Lucia
	Identificación: 1.077.856.836.		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cll 16 N. 2-63	Tel. Fijo: —	Celular: 3138486598
Barrio: Reservas de Garzón	Correo electrónico: Luzfrancisco@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X]	Plan Mejoramiento[2] [ ]	Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Victor Manuel Cardona Calidad	DD/MM/AA 04/03/10	1117234933	2230129	DD/MM/AA 30/10/23	Defensoría 2 de fmil. Garzón.
2		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

El usuario cuenta con todas sus afiliaciones y asistencia a actividades de manera

Cualquier copia impresa de este documento se considera 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

Powered by CamScanner

integral para el optimo desarrollo en su calidad de vida.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X No	Si No	Si No	Si No	Si No

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Victor no cuenta con contacto de su red vincular. ya que se encuentra declarado en adoptabilidad.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*
Carpeta legajada	X									
Acta de colocación	X									
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X									
Valoración/Seguimiento Psicológica	X									
Valoración/Seguimiento Nutricional	X									
Valoración Médica	X									
Fórmulas Médicas	X									
Carné de Salud	X									
Citas Médicas	X									
Registro Civil	X									
Documento de Identidad	X									
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X									
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X									

Observaciones:

La documentacion se encuentra ordenada y legajada, con todo al dia.

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

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X									
Personal	X									
Escolar	X									
Aseo e higiene personal	X									

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la carpeta se encuentra ordenada y actualizada a la fecha.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

la casa a la hora de la visita se encuentra organizada y en buen estado de higiene.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

- Por que victor se encuentra internado por salud. Se espera que le den de alta o salida para mirar si tendra mas medicacion o citas.
- Control del joven para gestionar una vez salga.
- Tiene cita para Julio por psiquiatria.
- Cita para terapias por psicologia.
- falta reclamar droga una vez salga.
- Cita por genetica en 3 meses.

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
X Diálogo con miembros de la familia.
____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura A. Fernández Soto	Olga Lucia
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
Laura Fernández S.	
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 1044856836
Celular: 3223865099	Celular: 3138486593
Correo electrónico:	Correo electrónico: Lucitriana50@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 26/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion social yo te cuido	Cll 6 N. 1e 40	—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernandez	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
21/03/24	Nama Reyes	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Almario	Calderon	Miryam
	Identificación: 26491705		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cr 5 N. 6-53	Tel. Fijo 6088335922	Celular 3118337233
Barrio: Centro.	Correo electrónico: miriamalmario67@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Nahara Sarith. Perez Sandoval	DD/MM/AA 19/09/17	R.C 20.899.158 Venezuela	235102 505	DD/MM/AA 15/03/2024	Defensoria 4 de familia Pitalito
2	Yilberth Jesus Perez Sandoval	DD/MM/AA 12/06/19	P.T. 7786879	235101 505	DD/MM/AA 15/03/2024	Defensoria 4 de familia Pitalito
3	Angel David Trujillo G.	DD/MM/AA 19/08/20	1081519078	2334 4540	DD/MM/AA 20/12/22	Defensoria de familia Garzon
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si / No X	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si / No X	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

los hermanos Perez Sandoval aun no cuentan con la respectiva documentación para la vinculacion a el sistema

Powered by CamScanner

educativo al ser extranjeros. el operador ya ha realizado la respectiva solicitud a la fecha con la entidad administrativa

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	SI X / No	SI X / No	Si / NO X	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	SI X / No	Si / NO X	Si / NO X	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	SI X / No	Si / NO X	Si / NO X	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

los ítems mencionados en (NO) con respecto al usuario Yilbert en razón de autoridad por la edad. Sin embargo en las atenciones psicosocial se esta trabajando este factor al igual que Angel David y este, tampoco tiene encuentros biologicos, ya que esta declarado en adoptabilidad.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica		X	X		X					
Fórmulas Médicas		X		X	X					
Carné de Salud		X		X	X					
Citas Médicas		X		X	X					
Registro Civil		X		X	X					
Documento de Identidad		X	X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X		X	X					
Registro de Experiencias –con fecha de último registro		X	X		X					

Observaciones:

los hermanos perez Sandoval aun no cuentan con la documentacion pertinente, se resalta de igual manera que las solicitudes a la entidad administrativa para recibir dicha informacion.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar		X		X	X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

en la visita la madre sustituta cuenta con la documentación requerida, con la carpeta organizada y legajada.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

En la visita la casa se encuentra ordenada, en buenas condiciones de higiene

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Estar al pendiente de la documentacion que llegue por parte de la autoridad administrativa de los hermanos Perez Sandoval.

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

__X__ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__X__ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
__X__ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
__X__ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura A. Fernandez Soto	Yeiryam Almanza C.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández S	Yeiryam Almanza C.
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 26471.705 Cor
Celular: 3222386509	Celular: 3183337233
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 24/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	
Hogar de paso	Familiar		Casa hogar			

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social yo te cuido.	Cll 6 N. 16 40	—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernandes	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
20/03/2024	Norma Reyes	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Fragua	Poveda	Marleny
	Identificación: 26.491.004		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cll 7. N. 2 E 11	Tel. Fijo ——	Celular 3118522212
Barrio: Santa Clara	Correo electrónico: fraguapaedamarlena@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Mabel Ureda Campos	DD/MM/AA 02/12/11	1077867113	1763841932	DD/MM/AA 21/11/2023	Defensoría 2 de familia de Garzón Huila
2	Karen Cuellar	DD/MM/AA 01/03/2019	Sin Dato	1763883310	DD/MM/AA 01/12/2023	Comisaría de familia de Guadalupe Huila.
3	Lina Sofía Trujillo Trujillo	DD/MM/AA 06/05/10	1082157623	2334845 3	DD/MM/AA 29/12/22	Defensoría de familia del Pital Huila
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

los ítems marcados (NO) con la usuaria Karen Cuellar, la autoridad administrativa aun no ha enviado la docu-

Powered by CamScanner

mentencion permanente, se resalta que la fundacion ha realizado la respectiva gestion solicitandola de manera oportuna.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No X	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

en el ítem (NO) de Mabel donde se nombra "que realiza practicas de autocuidado) pues ha tenido compactum fentos donde en ocaciones se lastiman. Sin Embargo este aspecto se ha venido tratando en las atenciones psicosociales.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X		X		X					
Fórmulas Médicas	X			X						
Carné de Salud	X		X							
Citas Médicas	X			X						
Registro Civil	X			X						
Documento de Identidad	X			X						
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X			X	X					
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

la usuaria Karen Cuellar aún no cuenta con toda la documentacion pertinente para poder vincularla a el sistema educativo y pasar a citas medicas de forma integral.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar	X			X	X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

las usuarias cuentan con toda la dotacion, excepto Karen Cuellar en cuanto a la escolar, debido a que no se cuenta con documento de identidad para su respectiva vinculacion.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio			
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

los documentos se encuentran en su respectiva carpeta, ordenada, sin embargo se solicita tener esa documentacion bien prensada en la carpeta. para evitar perdida de documentacion.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

En la visita la casa se encuentra ordenada y con buenas condiciones de higiene.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

legajar la carpeta de documentacion de la madre sustituta.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
X Diálogo con miembros de la familia.
____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura A. Fernández Soto	Madeny Erazo
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández S.	Madeny Erazo
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 26491004
Celular: 3222386509	Celular: 3115522212
Correo electrónico: PSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyofecido.com.	Correo electrónico:

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 23/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social Roto cuido	Cl 6 1E-40	/

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernanda S	1077873295	3223865094

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
18-03-24	EDUCA. A. O.	Fulone.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Gonzalez	Montealegre	Edwiges
	Identificación: 26.500.580		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cl: 5. N. 1027 / B. Socorro Suarez	Tel. Fijo —	Celular 3132538961
Barrio: Socorro Suarez	Correo electrónico: eduvigesgonzalez@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento[2] ☐	Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Alexis Cardona Calderon	23/07/2009	1117234132	2367291	23/09/2020	defensoria 2 de familia Barzón
2	Yormer Daniel Justa	01/04/2008	1083943842	235100804	18/12/2023	defensoria 5 de familia Patalito
3	Daniela Sofia Alvarez Barreto	10/05/2020	7792777 19	235100805	18/12/2023	defensoria 5 de familia Patalito
4	Sharol Nikol Mamian Villani	16/11/2012	1059474800	NO REGISTRA	18/04/2024	Comisaria de familia Acevedo
5	Kevin Jose Santana Cifuentes	03/06/2011	1117935991	NO Registra	19/04/2024	Comisaria de familia Suarez.

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No X
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No X
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si No X	Si X No	Si X No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios cuentan con la garantía de las atenciones integrales y de sus derechos

Powered by CamScanner

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si / No X	Si / No	Si / No	Si / No X	Si / No X
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

para la escuela Sharol y Keren la autoridad administrativa aun no ha informado por medios oficiales si los usuarios en mención tendran encuentros biologicos.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X		X		X	
Acta de colocación	X		X		X		X		X	
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		V		X	
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X		X	
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X		X	
Valoración Médica	X		X		X		·	X	X	
Fórmulas Médicas	X			X	X			X		X
Carné de Salud	X		X			X		X		X
Citas Médicas	/			X		X		X		X
Registro Civil	X		X		X			X		
Documento de Identidad	X		X		X			·		X
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X			X		X		X
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X			X		X

Observaciones:

los ítems marcados en (NO) es debido a que no cuenta con toda la documentacion de los usuarios para su respectiva vinculacion a los sistemas de salud y educacion.

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

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X			X		X
Personal	X		X		X			X		X
Escolar	X		X		X			X		X
Aseo e higiene personal	X		X		X			X		X

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los usuarios Sharolyn Keyla no cuentan con esta dotacion, sin embargo ya se hizo la solicitud al operador por parte de la madre sustituta y la gestora de caso.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la documentacion se encuentra completa, legajada.

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

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

La usuaria al momento de la visita cuenta con condiciones optimas de aseo e higiene, organizada y limpia.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

La madre sustituta se compromete a pagar por urgencias a valoración de la usuaria Sharol Nikol. ya que se encuentra en estado de gestación.

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- X Diálogo con miembros de la familia.
- ___ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- 1 Condiciones satisfactorias
- ___ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ___ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ___ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
EDUCADORA - Laura Fernández	Eduviges Gonzalez Q
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
EDUCADORA - Laura Fernández	Eduviges Gonzalez Q
CC 1077873295 TP. 1077873295	CC. 26500680
Celular: 3174947713 - 3222386509	Celular: 3135038961
Correo electrónico:	Correo electrónico: eduviges.gonzalez26@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 23/04/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Cll 6 N. 2E-40	—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernandez	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
20/03/24	Erica Alvarino	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Calderon	Castello	Sandia Milena
	Identificación: 1012 354241		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cll 2 N. 3-32	Tel. Fijo —	Celular 3102058229
Barrio: San Cayetano/La Jayua	Correo electrónico: calderoncastillosandramilena@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X]	Plan Mejoramiento[2] [ ]	Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Alan Mateo Ospina	21/03/22	1077882593	23348082	23/02/23	Defensoria de familia
2	Dilyi Yulieth Cruz Perez	25/12/22	1082132466	23348733	01/12/23	Comisaria de familia de Cocadal
3	Wilmar Steven Cuellar	26/09/09	1077861682	23349805	27/02/24	Comisaria de familia del Prta
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si / No X	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si / No X	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Los ?tems marcados en (NO) son debido a la Edad cronologica de los niños, por ende no

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

Powered by CamScanner

realizan estas actividades.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si / No X	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No X	Si / No X	Si X / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

los usuarios a la fecha no cuentan con contacto con su red vincular familiar por medio de correo para la autorización a los encuentros biológicos. Por otro lado los demas ítems marcados en NO son debido a la edad cronologica de los niños.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X					
Acta de colocación	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X					
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X					
Valoración Médica	X		X		X					
Fórmulas Médicas	X		X			X				
Carné de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X			X				
Registro Civil	X		X			X				
Documento de Identidad	X		X		X					
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X			X						
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

Se evidencia las carpetas y registro de experiencias debidamente diligenciados y con la documentación al dia.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X					
Personal	X		X		X					
Escolar		X		X	X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

La dotacion suministrada se encuentra en buen estado para el uso de los (NNA).

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Carpeta organizada y con los documentos al dia.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

En la visita, se observa que la casa se encuentra aseada, limpia y con condiciones optimas de higiene y espacio.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
X Diálogo con miembros de la familia.
____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

V Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura Fernández Soto	Sandra Milena Calderón Castillo
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández	Sandra Milena Calderón Castillo
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 1.012.384.241
Celular: 3222386509	Celular: 3112088124
Correo electrónico:	Correo electrónico: CalderonCastillosandramile@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

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

Powered by CamScanner

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

Fecha de visita: 24/04/24.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional HUILA Centro Zonal GARZON

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social Gotas de Amor	Cll 6 1E 40 Santa Clara	

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Equipo psicosocial	1077873295 1070606623	3222386509 3174947213

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
20/03/2024	Nana Reyes	Fundar

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Fragoa	Poveda	Ana Milena
	Identificación: CC: 55057466		

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

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

Powered by CamScanner

Dirección: Cll 7 N. 3-19	Tel. Fijo —	Celular 3213569805
Barrio: Santa Clara	Correo electrónico: anamilenafragoa@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[2] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Valentina Sarras Chaux	DD/MM/AA 08/04/07	T.I 1117813446	2334 93 77	DD/MM/AA 19/03/2024	Comisaria de familia del agrado
2		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si / No X	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si / No X	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

A la fecha no se ha podido vincular a Valentina al sistema educativo, debido a que la autoridad

Powered by CamScanner

administrativo no ha enviado los documentos pertinentes, sin embargo se encuentra haciendo gestiones para su vinculación por medio de actas de colocación.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

el dia 22/04/24 no se presento a los encuentros biologicos la persona autorizada para el encuentro.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X									
Acta de colocación	X									
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X									
Valoración/Seguimiento Psicológica	X									
Valoración/Seguimiento Nutricional	X									
Valoración Médica	X									
Fórmulas Médicas		X								
Carné de Salud	X									
Citas Médicas		X								
Registro Civil		X								
Documento de Identidad	X									
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		X								
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X									

Observaciones:

la usuaria no tiene pendiente procesos por salud, sin embargo se espera las acciones pertinentes por parte de la autoridad administrativa.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X									
Personal	X									
Escolar		X								
Aseo e higiene personal	X									

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Cuenta con toda su dotacion en buen estado, sin embargo al no estar vinculada al sistema educativo no tiene dotacion escolar por el momento.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios		X	Pendiente por solicitar
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta se encuentra debidamente organizada y con la documentacion al dia, excepto queda pendiente por anexar el certificado de primeros auxilios

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

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Powered by CamScanner

la casa se encuentra en buen estado, en condiciones optimas de higiene y ordenada.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

La madre sustituta debera realizar la gestion para solicitar los certificados de primeros auxilios, de igual forma el operador seguira haciendo las acciones pertinentes para la solicitud de portabilidad del sistema de salud y vinculacion al sistema educativo.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

- [X] Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- [ ] Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- [X] Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- [X] Diálogo con miembros de la familia.
- [ ] Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- [X] Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- [X] Condiciones satisfactorias
- [ ] Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- [ ] Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- [ ] Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura A. Fernández Soto	Ana Milena Frc
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
Laura Fernandez	Ana Milena Frc
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 55057466
Celular: 3222386509	Celular: 3213564805.
Correo electrónico:	Correo electrónico: anamilenafrog@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**

Powered by CamScanner