1. INF0RME DE EJECUCION MODALIDAD DE ACOGIMIENTO FAMILIAR HOGAR SUSTITUTO
MUNICIPIOS DE GARZON, PITALITO Y LA PLATA

1.1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS CONTRATISTA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO CON REPRESENTACIÓN LEGAL DE YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA	**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** **NIT: 901496702-9** **Cédula No.: 36.347.141**
DIRECCION: Calle 21 nº 7a- 20 barrio tenerife **- Neiva . Huila**	**CORREO:** fundacionsocialyotecuido@gmail.com
CONTRATO NO. 41002102024 DE FECHA: 27/03/2024	**FORMA DE PAGO:** El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) un giro de alistamiento durante los primeros 10 días hábiles del mes de abril por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de abril presentando los siguientes documentos: (1) Certificación Bancaria. (2) Aprobación de Garantía. (3) Acta de Inicio y (4) Los exigidos en la resolución 5360 de 2023 que apliquen teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. (ii) Siete (7) desembolsos mensuales vencidos, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique) de los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. (7) Cuenta de cobro o factura (según aplique). (8) Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. (iii) El aporte correspondiente al mes de noviembre, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente. PARAGRAFO PRIMERO: De conformidad a lo establecido en el literal D numeral segundo del artículo 2 de la resolución 3944 de 2022 en la que se establece: "excepcionalmente y previa autorización escrita por parte del supervisor del contrato, se podrá autorizar que, por una única vez, el último desembolso realizado a la cuenta maestra del operador pueda ser girado a la cuenta auxiliar, para que de allí se traslade dicho recurso a una cuenta bancaria del operador en la que maneje recursos propios". (Solo aplica para los contratos que requieran cuenta maestras) PARAGRAFO SEGUNDO: Para el último desembolso en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar el certificado expedido por el supervisor del contrato, de la devolución de los bienes muebles devolutivos adquiridos durante la ejecución del contrato, con recursos del ICBF, adjuntando copia del (los) comprobante (s) de ingreso al almacén del ICBF de dichos bienes y acta de devolución y recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios con el paz y salvo por todo concepto de servicios públicos, impuestos, tasas, contribuciones,
PERIODO DE EJECUCIÓN: Del 01 al 3O DE ABRIL DEL 2024	**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** 2.060.112.058
NUMERO DE CUENTA: 454-000044-79	**ENTIDAD BANCARIA:** BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: AHORRO X	**PAGO NO: 02 / 08**

2. INFORMACION FINANCIERA

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

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

4. . DATOS DEL SUPERVISOR

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

Cumplimiento de Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión (i)	Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)	Observaciones (iv)
EJE DE CALIDAD			
1) Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios	**SI**	Acta de reunión y listado de asistencia (Formato Asistencia, Reunión y Capacitación). Primer informe de supervisión y cuando se realice cambios en el talento humano carácter técnico misional	El día 03 de mayo del año 2024 se llevo a cabo encuentro de inducción para dos profesionales quiEnes ingresaron nuevas a las modadadad: 1. Tabajdora social municipio de Garzon. 2. Trabajadora social Municipio de La plata. Durante este Jornada se socializo las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE); de igual manera se dio a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios. Po lo anterior, se anexa listado de acta de jornada de inducción y listado de asistencia a la jornada
2) Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio.	**SI**	Ficha técnica, resultados de la encuesta y soportes Según lo determinado por el supervisor	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del 2024, se aplico encuestas de satisfacciona a los usuarios y madres sustitutas de lo municipios de Garzon, Pitalito y la Plata, a fin de identificara las acciones de mejora para mejorar la perseccion frente al trabajo relaizado por la fundacion socil yo te cuioo, es asi que se anexan la sisguiente informacion: 1. 14 Encuentas de satisffacion municipio de Pitalito 2. 12 encuestas de satisfaccion municipio de Garzon 3. 10 Encuestas de satisfaccion municipio de la plata.
3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio.	**N/A**	Acciones y oportunidades de mejora. Formato 2 (Formato Acciones de Mejora v2). En cualquier seguimiento de la supervisión	Par el presente periodo la fundacion social yo te cuido no recibio ninguna accion de mejera por parte del ICBF, ni ningun entidad. Sin embargo, una vez se llege a presentar alguna sotuacion la funbdacion estara presta a dar respuesta a cualquier solicitud.
4) Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto contractual.	**SI**	Actas de apertura del buzón de sugerencias.	El FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO anexa las actas de apertura del buzon de sugerencias por cada municipio (GARZON, PITALITO, LA PLATA) en elmes de mayo; asi como, los soportes de envio de dicha informacion a los supervisiores del contrato.
EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION			

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

1) Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato	**SI**	Al inicio del contrato Compromiso de confidencialidad. Formato 5 (Formato Compromiso de Confidencialidad v6) Para dar cumplimiento a esta obligación contractual se debe suscribir un compromiso de confidencialidad entre el ICBF y el representante legal de la empresa contratista u operador social, este compromiso únicamente lo firmará el representante legal de la empresa contratista u operador.	Una vez se dio inicio al contrato de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, se procedió a la firma del formato de confidencialidad por parte de todo el talento humano dispuesto para la prestación del servicio. Del mismo modo, la representante legal de la fundacion realizo firma y entrega dle compomiso de confidencialidad de la informacion par el presente contrato.
2) Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato	**SI**	En el momento que se materialice un incidente. Reporte de incidentes de Seguridad de la Información. Formato 6 (Formato Reporte de Incidentes de Seguridad de la Información v2)	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, no se presento ningún incidente de seguridad que pudiera afectar la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
3) Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este.	**SI**	Al inicio del contrato Plan de recuperación y contingencia. Formato 25 (Formato Plan de Recuperación y Contingencias v2)	La fundación social yo te cuido durante el primer informe de ejecucuin presentado en el mes abril del año 2024, cargo el plan de recuperación y contingencia ante la presencia de cualquier evento que pueda afectar el cumplimiento de la ejecución del contrato. Es asi que durante el presente periodo no se presento ninguna situacion que pusiera en riesgo la seguiridad de la informacion, por lo anterior se anexa certificacion emitada por la representante legal.
4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato.	**SI**	Segundo y último mes de ejecución. Certificación de cumplimiento firmada por el supervisor del contrato. Formato 4 (Formato Cumplimiento de Política de Seguridad de la Información v3) Formato 43 (Formato Seguimiento Cumplimiento Controles Seguridad Información Proveedores Servicios Tecnológicos v1).	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del 2024, se realzo solcitud a la supervisora del contrato para llevar a cabo la firma del certificado correspondientes al cumplimiento de la politica seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato.
EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
1) Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente	**SI**	Formato 26, Evidencia: Certificación de designación del representante de Seguridad y Salud en el Trabajo. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido cuenta con un representante en seguridad y salud en el trabajo quien cumplen con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente . Se anexa formato F26, El cual certifica el cumplimiento de dicha obligación.
2) Presentar matriz con la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato.	**SI**	Formato 27, Evidencia: Matriz identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, CENTROS ZONALES: , La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido cuenta con una matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato. Se anexa formato f27 totalmente diligenciado. De igualmanera durante el presente periodo, no se presento ninguna sctucion de preligro frente a la seguridad y salud en el trabajo que afectara la integridad del talento humano de la fundacion social yo te cuido. Por lo anterior, se anexa certificado emitido por la represenatnte legal.
3) Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.	**SI**	Formato 1, Evidencia: Listado de Asistencia y acta de reunión, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Par el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024 se llevo a cobo induccion al puesto de trabajo de dos profesionales en el area de trabajo social quienes ingresaron a hacer parte de los equipos de Garzon y la Plata.
4) Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades.	**SI**	"Formato 28 Formato 29. Evidencia: Matriz de entrega y elementos de protección personal debidamente firmada por cada trabajador, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad."	Durante el presente periodo se realizo entrega de tapabocas y alcohol a los profeisonales de los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata, a fin de garantizar que estos cueten con los elemntos basicos de proteccion integral. Se anexa formato 29, matriz de entrega de elementos de proteccion personal.
5) Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato.	**SI.**	Certificado Médico Ocupacional, Evidencia: Certificado médico ocupacional de cada trabajador, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente perdido de ejecución se solicito a dos profesionales de trabajo social quienes ingresaron a los municipiso de Garzon y la Plata realziar la toma del examene coupasional de ingreso. Por lo anterior, se anexan los exámenes ocupacionales del talento humano vinculado para esta contratación, dando cumplimiento con la obligación contractual.
6) Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.	**SI**	Formato 32, Evidencia: Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se anexa el formato de la Elaboración Plan de Emergencias y Simulacro .F32.G7.ABS
EJE DE GESTION AMBIENTAL			
1) Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad.	**SI**	Formato 33, Evidencia: Informe donde se describan las buenas prácticas ambientales implementadas junto con registro fotográfico. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se anexa formato de certificación y cumplimiento de la política ambiental y buenas prácticas ambientales del ICBF formato N° F33.G7.ABS.
2) Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio	**SI**	Copia del acto administrativo del permiso y/o autorización, estudios ambientales, caracterizaciones de vertimientos, mantenimientos, compensaciones, entre otras.	La Fundación social yo te cuido cuenta con los conceptos higiénicos de Garzón, la Plata vigentes; Sin embargo para el municipio de pitalito no ha sdo posible logarr la visista por parte de la entidad a cargo de este proceso. Desde la fundacion se han realizado todas las acciones pertienetes para lograr se genere esta de manera oportuna, por lo anterior se anexan soportes de las gestiones realziadas desde el equipo de la fundacion.
3) Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente	**SI**	Formato 35, Presentar semestralmente, Evidencia: Matriz de compatibilidad, inventario de productos químicos, hojas de seguridad, lista de chequeo manejo seguro de sustancias químicas. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se evidencia formato del ICBF F35.G7.ABS manejo adecuado de productos químicos y/ combustibles.

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

4) Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente. (aplica solo en caso de que se manejen combustibles en la unidad de servicio).	**N/A**	Formato 37 Presentar semestralmente, Evidencia: Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. CENTROS ZONALES: , La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el presente periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del 2024 la fundación social yo te cuido no realizo transporte y manejo de combustibles, ado que no se reaquieren para la utilizados durante la prestación del servicio
5) Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato.	**N/A**	Formato 37 Presentar semestralmente, Evidencia: Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024 desde la fundacion social yo te cuido no requirio manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos dado que estos no se generan en la ejecución del contrato.
6) Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados.	**SI**	Formato 38, Presentar semestralmente, Evidencia: Informes de mantenimiento y limpieza, así como, Certificaciones de disposición final de residuo si aplica. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	la fundación SOCIAL YO TE CUIDO no cuenta con infraestructura que tenga trampas de grasa ni planta de tratamiento de agua.
7) Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente.	**SI**	Formato 39 Formato 40 El plan de saneamiento al inicio del contrato, y los registros serán entregados trimestralmente, Evidencia: Plan de Saneamiento y registros de cumplimiento. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata tiene su propio plan de saneamiento básico el cual esta diligenciado en el formato F39.G7.ABS y F40.G7.ABS
Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE GENERAL			
1) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio correspondiente al periodo vigente CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a cada una de las actividades establecidas en el presente contrato, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, zonas de incidencia del mismo; es así que se adjunta certificación emitida por la representante legal en la cual consta el cumplimiento de los compromisos.
2) Cumplir con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio de los CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a las acciones enmarcadas en el objeto contractual en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, aplicando de manera correcta y satisfactoria los lineamientos, guías técnicas y manuales operativos establecidos para la modalidad Hogar Sustituto.
3) Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias y dar aviso inmediato al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución y proponer alternativas de solución.	**SI**	Plan de Contingencia- registro de correos electrónicos informando a la Supervisora del Contrato sobre Evasiones si se han presentado durante el mes. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, se presentaron dos situaciones de evasión de usuarios en el municipio de la Plata, las cuales se reportaron de inmediato a la autoridad administrativa, supervisora y policía a fin de activar las rutas necesarias para atender dichas situación, a continuación se describe la situacion: 1. Usuaria K.S.C - EL DIA 28 DE MAYO DEL 2024 se evadio de la unidad de servicio, la situacon se rrporta de manera inmedia a las 8:40 pm 2. Usuario J.A.Q - el dia 27 de mayo del 2024 se evade del Hospital San Antonio de Padua. Teniendo en cuenta lo anterior, se anexa correos electronicos de reporte de la situacion.
4) Presentar información, y soportes que den repuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato	**SI**	Acta o actas de visita y/o comunicación, (si aplica), o certificación. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo la fundación social yo te cuido no recibió ningún requerimiento por parte de los entes de control frente a la calidad de la prestación del servicio; por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
5)) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato.	**SI**	Reporte de fotografía del archivo de los anexos de historia de atención. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. verificación en sitio	En las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar sustituto, ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la plata, se han dispuesto los medios necesarios para salvaguardar la información y custodia de las carpetas e historias de atención de los niños, niñas, adolescentes, familias sustitutas y talento humano. por lo anterior, se anexa evidencia fotográficas de las condiciones en las cuales se encuentran la documentación generada durante la prestación del servicio; así como certificación emitida por la representante legal.

6) Atender durante la ejecución del contrato, los requerimientos, instrucciones y recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.	**SI**	Reporte respuestas de los requerimientos y/o recomendaciones realizadas por el ICBF. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	En el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024 se dio cumplimiento a las orientaciones e instrucciones recibidas desde el ICBF, a fin de garantizar la prestación del servicio en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. De igual manera, durante el periodo no se recibió ningún requerimiento por parte de los supervisores del contrato, por lo anterior se anexa certificación emitida por la representante legal.
7)) Entregar oportunamente, al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en la ejecución del contrato cuando así se requiera	**SI**	reporte o respuesta de informes, a las solicitudes formuladas (si aplica). CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, se realizo entrega opirtuna al supervsiior del contrato de todas las solicitudes realizadas. Por lo anterior se anexa correo de envio de planillas.
8) Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo "Buenas Prácticas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente	**SI**	Certificación emitida por el representante legal. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo del presente informe desde la fundación social yo te cuido se ha cumplido a cabalidad en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata, con las disposiciones establecidas en el capitulo de buenas practicas en la gestión contractual. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta del cumplimiento de dicha obligación.
10) Abstenerse de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso, y notificando a la supervisión y autoridades competentes cualquier hecho que se relacione con estas conductas.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que NO recibió o solicitó cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso	Desde la fundación social yo te cuido no se ha recibido o solicitado ninguna dadiva o beneficio en el proceso de gestión y desarrollo del proceso de atención de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta que
11) El contratista se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejando constancia de su compromiso para brindar un trato respetuoso buscando generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y se comprometen a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colabores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y 31 de mayo del 2024, desde la fundación social yo te cuido se ha asumido practicas de buen trato para con el talento humano, las madres sustitutas, familias biológicas y usuarios que hacen parte de la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata. Teniendo en ciento lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
12) Constituir y cargar en SECOP las garantías requeridas dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato.	**SI**	soportes cargue de información en el SECOP II	La fundación social yo te cuido cumplido con el cargue de información correspondiente a la suscripción del contrato en los tiempos definidos con los soportes e información requerida. Se anexa pantallazo, del cargue oportuno de la información.
13) Promover acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que esta realizando acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril del año 2024, desde la fundación social yo te cuido con el apoyo de los equipos psicosociales dispuestos para la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata se han implementado acciones para vincular a la familias y redes vinculares a las atenciones implementadas desde la modalidad. Por lo anterior se han llevado las a cabo las siguuientes acciones: ENCUENTROS BIOLOGICOS: + Garzon: 12 y 13 de mayo del 2024 + Pitalito: 16 y 17 de mayo del 2024 + La Plata: 20 y 24 de mayo del 2024. Por otra parte, se llevo a cabo talleres de fortalecimiento a las familias biologicas en estas mismas fechas a fin de potencializar las capacidades, tratando la tematica de **Fortalecimiento estilo de crianza (autoritario democrático y permisivo**) y **Derecho a una autoimagen positiva**
. 14) Reportar por escrito y de forma inmediata al supervisor cualquier novedad o anomalía en la ejecución del contrato.	**SI**	certificación emitida por el representante legal	Durante el presente periodo no se presento ninguna novedad y anomalía que pudiera afectar la prestación del servicio en los municipios de Garzón Pitalito y la plata; sin embargo, de llegarse a presentar cualquier situación esta será reportada por los coordinadores de la modalidad de manera inmediata a la supervisión del contrato. por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual conta que no se ha presentando ninguna novedad.
15) Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato.	**SI**	reporte certificación donde el Operador registre el cumplimiento de todas las demás obligaciones relacionadas con la naturaleza del contrato	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del 2024 se dio cumplimiento a todas las orientaciones y dispocisiones relacionadas con la naturaleza del contrato a fin de dar cumplimiento con las acciones y atenciones requeridas.
Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (di)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE TECNICO			

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

1. Atender 118 cupos en la modalidad Hogar Sustituto para la población: Vulneración 95 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito y Discapacidad 23 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por los centros zonales y/o regionales, según aplique.	**SI**	MENSUAL: CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. 1.Planillas de atención mes a mes enviadas al ICBF 2.Correo electrónico de reporte de cupos a autoridad administrativa asignada. 3. Certificado de cupos firmado por el Representante Legal. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del 2024 del 2024, se atendieron un total de 99, niños, niñas y adolescentes; discriminados de la siguiente manera, según centro zonal: 1. Centro zonal Garzón: 37 cupos Vulneración: 30 Cupos Discapacidad: 07 cupos 2. Centro zonal Pitalito: 30 cupos Vulneración: 19 cupos Discapacidad: 11 cupos 3. Centro zonal la Plata: 32 cupos Vulneración: 27 cupos Discapacidad: 05 cupos Por lo anterior, se anexa planillas de reportes de los cupos atendidos y el correo donde se reporto debidamente la información a las supervisoras del contrato, así como certificación emitida por la representante legal.
2) Adelantar las acciones del proceso de atención en el marco de la Propuesta de Implementación y Cualificación aprobada.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Concepto de aprobación y copia del PAI vigente. Revisión de manera mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. Revise el informe mensual de prestación del servicio y verifique que el operador registre que se desarrollaron las acciones del proceso de atención, de acuerdo con lo definido en la Propuesta de Implementación y Cualificación PIYC aprobada.	Durante el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes actividades las cuales estaban enmarcadas dentro de los coronogramas establecidos para el desarrollo de la prouesta de implementacion PIYC, en los municipio de Garzon, Pitalito y la Plata: 1. Encuentros biologicos y Fortalecimiento a familias biologicas: La plata: 26 de mayo Pitalito: 16 y 17 de mayo Garzon: 22 de mayo del 2024 2. Fortalecimiento a familias sustitutas: Encuentro formativo en atención a las niñas, niños y adolescentes con enfermedades de alto costo, catastróficas, huérfanas y terminales. + Garzon: 12 y 13 de mayo del 2024 + Pitalito: 16 y 17 de mayo del 2024 + La Plata: 20 y 24 de mayo del 2024. 3. Talleres dirigidos a Niños, Niñas y Adolescentes frente al aprovechamiento escolar obteniendo el máximo beneficio de su experiencia educativa, desarrollando su potencial académico y personal de manera integral. La plata: 30 de mayo Pitalito: 29 de mayo Garzon: 31 de mayo. 4. Taller de capacitacion al talento humano: El dia 23 de mayo del año 2024 se llevo a cabo jornada de capacitacion vistual talento humano frente a las Consecuencias derivadas del consumo y abuso del alcohol, tabaco (cigarrillo) y otras drogas 5. Jornada de celebracion del dia de la madre con las Madres sustitutas: la plata: 25 de mayo del 2024 Garzon: 24 de mayo del 2024 Pitalito: 24 de mayo del 2024
3) Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención que cumpla con los criterios establecidos en los documentos técnicos vigentes del ICBF	**SI**	VERIFICACION EN SITIO y Certificado que de constancia del cumplimiento de esta clausula por parte del representante legal	Durante el presente periodo la fundacion social yo te cuido se garantizo que todos los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad Hogar Sustituto cuenten con sus respectivas historias de atención con documentación y seguimientos actualizados según cronograma establecido para cada mes. Teniendo en cuenta, lo anterior para el periodo comprendido entre el 01 el 31 de mayo del año 2024 se aperturaron 09 historias de de atencion, discriminadas de la siguiente manera: Municipio de Garzon: 3 historias de atencion - vulneracion Municipio de la Plata: 5 historias de atencion - vulneracion Municipio de Pitalito: 1 historias de atencion - vulneracion De igual manera para el presente periodo se dieron 07 egresos: Municipio de Garzon: 2 Municipio de la Plata: 2 Municipio de Pitalito: 3

4) Implementar el registro de experiencias según lo establecido en los lineamentos y manual operativo de la modalidad	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR, diligenciado para cada una de las unidades de servicio activas en las sedes , Pitalito y La Plata.	El periodo comprendido entre el 01 y el 31 del mes de MAYO del 2024 se llevo a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio: 1. Municipio de Pitalito: los días 30 y 31 del mes mayo del 2024. 2. Municipio de la plata los días 23, 30, y 31 de mayo del 2024, 3. Municipio de Garzon los 26, 27, 28 y 29 de mayo del 2024 Jornadas en las cuales se verifico las condiciones de las unidades de servicio. Jornadas en las cuales se verifico el registro de experiencias de cada madre sustitututa con las acciones desarrolada dentro del hogar con cada uno de los usuarios. Por lo anterior, se anexa Formato F14, Donde se evidencia las situaciones encontradas en las unidades de servicios; Del mismo modo, se remite certificacion emitida por la representante legal en la cual se da el aval de las acciones realizadas.
5). Cumplir con el componente de alimentación y nutrición, acorde con lo establecido en los documentos técnicos, manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto, memorandos, requerimientos y/o directrices que emita el ICBF	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio *Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal.	Durante el periodo comprendido del 1 a 31 de mayo del 2024, se llevo a cabo todas las acciones establecidas en el componente de salud y nutrición acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos; es así que la representante legal certifica el cumplimiento de dichas acciones.
6). Garantizar a los beneficiarios, los elementos de dotación personal, escolar, acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos y los tiempos y cantidades establecidos en el manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto.	SI	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal	Durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de mayo del 2024, desde la fundación social yo te cuido se ha garantizado la entrega de los elementos correspondientes a dotación personal y escolar acorde a los tiempos establecidos en los lineamiento técnicos del ICBF.
7) informar y articular con la autoridad administrativa las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento de esta obligación por parte del representante legal	En el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024 la fundación social yo te cuido realizo articulaciones con las entidades del sistema Nacional de Bienestar Familiar a fin de garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características", como se relaciona a contunuacion: MUNICIPIO DE GARZON: * Solicitud de coletines y certificacion escolar para el usuario E.S.T * Solicitud de cupo para el usuario K.C.G * Solicitud de cupo para el usuarioJ.D.V *Solicitud de cupo para el usuario FAMI - J.N.Y.S * Solicitud de cupo para el usuario K.C.G * Desrecho de peticion sanitas eps - J.N.Y.S *Solicitud terapia cognitiva J.N.Y.S * Portabilidad salud V.A.C * Portabilidad salud S.N.M.Y * Soliictud terapia cognitiva M.V.C MUNICIPIO DE LA PLATA: * Autorizacion de terapias para el usuario J.C * Soliictud cita con especialidat adolescente M.A * Soliictud cita con especialista adolescente A.S.O.C * Solicitud de cupo para el usuario J.A.J.O * Soliictud de cupo para la usuaria M.A.B.C * Solicitud de coletines y certificacion escolar para el usuario C.A.V. * Solicitud de cupo para el usuario A.J.V MUNICIPIO DE PITALITO * Trazabilidad de solcitud de cupo en educacion para adultos para el adolescente P.J.A * Solictud de autorizacion trasporte para cita medica
8) Realizar acciones mensuales donde se evidencien las gestiones para la vinculación de los beneficiarios en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y cumplir con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas trimestrales.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	La FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO en el periodo del presente informe realizo acciones a fin de realizar la vinculación de los usuarios de la modalidad Hogar sustituto en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y dar cumplimiento con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas; por lo anterior, se anexa certificación firmada por la representante legal.
9) Realizar acciones para que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participe en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y adecuando el cronograma de visitas de acuerdo con los tiempos disponibles de las familias.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO * Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	Durante el periodo comprendido entre el 1 al 31 mayo del 2024, la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO llevo a cabo acciones para permitir que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participen en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y ajustando los tiempo acuerdo con la disponibilidad de las familias; entre las cuales se evidencian: 1. ENCUENTROS BIOLOGICOS La plata: 26 de mayo Pitalito: 16 y 17 de mayo Garzon: 22 de mayo del 2024 2. Fortalecimiento a familias biologicas sobre Fortalecimiento de autoimagen positiva. La plata: 26 de mayo Pitalito: 16 y 17 de mayo Garzon: 22 de mayo del 2024
10) Contar con mecanismos de control dentro de los hogares sustitutos para asegurar que los medicamentos estén fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes y se suministren de acuerdo con lo indicado en la fórmula médica expedida por la EAPB, Lo anterior, debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto. Además, que no tengan acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego y demás materiales con lo que se pueda atentar contra con su integridad personal o la de los demás. Lo anterior. debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto	**SI**	VERIFICACION EN SITIO Certificado de cumplimiento por el representante legal.	Para el presente periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del 2024 la fundación social yo te cuido brindo orientaciones a las madres y padres sustitutos para el adecuado manejo de medicamentos y elementos cortopunzantes y evitar que estos se encuentren al alcance de los niños, niñas o adolescentes.
11) Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos, y las evidencias deben reposar en el anexo de la historia de atención de cada uno según corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a la modalidad	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Evidencia de socialización de la Guía de Orientaciones al talento humano (actas, listado de asistencia, registro fotográfico). *Pantallazo del envío del reporte de eventos si se han presentado en el mes. *Pantallazo de lo registrado en el espacio de acciones realizadas y registradas dentro de la matriz del reporte de eventos. * Certificado de cumplimiento por el representante legal.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del 2024 no se presentan situaciones de riesgo al interior de las unidades de servicio de la modalidad hogar sustituto; por lo anterior, se remire certificación emitida por la representante legal donde consta dicha situación.

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

12). Presentar soporte de entrega del plan de acción vigente en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico a la Dirección Regional, así como las acciones y estrategias adelantadas para tal fin.	**SI**	Al inicio del contrato Documento plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico*Plan de Prevención y soporte de envió *Verificado de cumplimiento por el representante lega. Elaborar el plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico y entregarlo al supervisor del contrato durante el primer mes de ejecución del presente contrato.	Para el primer periodo de ejecucion llevado a cabo en del mes de abril del año 2024 la fundación social yo te cuido remitio Matriz Plan de Acción Prevención del Daño Antijurídico correspondiente al presente contrato, la cual fue revisada y aprobada por la lider encargada de dicho tramite. Así mismo, se adjunta soporte de envió y aprobación del mismo por parte de la supervisora del contrato y correo de solicitud de asistencia técnica.
13) Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la modalidad de acuerdo con lo establecido en el Política de Prevención del Daño Antijurídico.	**SI**	Reporte de eventos *Certificado de cumplimiento por el representante legal	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, no se presentaron eventos de daño antijurídico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de Garzon y Pitalito. Sin embargo, para el municipio de la Plata el día 10 de mayo del 2024, desde el equipo psicosocial del operador se realizó el reporte de una presunta situación de abuso sexual al interior de una unidad de servicio, situación que fue reportada de manera inmediata al ICBF y se llevaron acabo todas las acciones activación de rutas, acompañamiento y seguimiento y demás atenciones que dieron lugar para atender de manera adecuada el suceso.
14) Presentar al supervisor de contrato una propuesta de la entidad para llevar a cabo de manera permanente, la difusión y apertura de nuevos Hogares Sustitutos. La propuesta debe contar con indicadores, responsables y un cronograma mensual de actividades para este fin de parte del operador; así mismo, la entidad deberá apoyar a la Dirección Nacional y Regional del ICBF, así como a los coordinadores de los centros zonales de la regional donde ejerce su jurisdicción, en el proceso de convocatoria, difusión de la modalidad y conformación de nuevos hogares sustitutos según lo establecido en el manual operativo de la modalidad, para contar con el número de familias sustitutas requeridas, según los cupos contratados, teniendo en cuenta las tablas de ubicación máxima por unidad de servicio del manual operativo de la modalidad, garantizando así la adecuada atención de los niños, niñas y adolescentes.	**SI**	*Informe mensual de prestación del servicio. *Evidencia del proceso de convocatoria y difusión de la modalidad realizado durante el mes. * Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	La fundación social yo te cuido en el mes de MAYO del año 2024 llevo a cabo acciones de convocatoria y difusión de la modalidad hogar sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata; por lo anterior, se a la adjunta las evidencia del proceso de convocatoria: LA PLATA: jornada realizada el 31 de mayo del año 2024, con un stand ubicado en el parque principal del municipio. GARZON: El dia 22 de mayo del año 2024, en articulacion con el presidente de asojuntas se acordo realizar socializacion con todas las familias de del muncipio en apoyo con los presidentes de junta de accion comunal. PITALITO: El dia 21 de mayo del año 2024, en apoyo con la emisora radial del municipio de Pitalito, se llevo a cabo convocatoria y difusion de la modalidad en todo el municipios.
15) Elaborar y mantener actualizadas todas las bases de datos de los hogares sustitutos de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad.	**SI**	Base de datos actualizada con corte al mes pertinente. *Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, desde la fundación social yo te cuido se realizó la actualización de la base de datos de los Hogares Sustitutos ubicados en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata; es asi que a la fecha del presente informe encintramos las siguientes unidades de servio en cada municipio: * Garzon: 13 + Pitalito: 8 * La plata:11
16) Cumplir con el proceso de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas, presentando para ello al supervisor del contrato un cronograma semestral con fechas, responsable e indicadores, en donde se incluyan todas las temáticas establecidas en el manual operativo de la modalidad.	**SI**	Al inicio de contrato y cada seis meses durante la ejecución Documentos que den cumplimiento a la obligación Verifique que el operador cuente con soporte de entrega del cronograma semestral de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas	La fundación social yo te cuido realizo actividades de fortalecimiento familiar con las madres sustitutas en el mes de mayo del año 2024, por lo anterior, se anexan Actas Actividades realizadas, de acuerdo a lo establecido en el cronograma de fortalecimiento familiar de los hogares sustitutos. Es asi que durantre estas jornadas se desarrollo la tematica Encuentro formativo en atención a las niñas, niños y adolescentes con enfermedades de alto costo, catastróficas, huérfanas y terminales, las cauales se llevaron acabo en las siguientes fechas: Garzon: 23 de mayo 2024 Pitalito: 22 de mayo del 2024 la Plata: 14 de mayo del 2024
17)) Participar en los espacios de fortalecimiento técnico de la modalidad Hogar Sustituto a los cuales sea convocado por las Autoridades Administrativas, el Centro Zonal, la Regional o la Sede Nacional del ICBF.	**SI**	Certificación emitida por el representante legal	Durante el mes de mayo de 2024 la Fundación social yo te cuido participo activamente en dos convocatorias realizadas por el ICBF: * Asistencia tecnica guia de orientaciones - 27 de mayo del 2024 en el municipio de la Plata * Asistencia tecnica virtual RECORDATORIO ASISTENCIA TÉCNICA INVENTARIO BIENESTARINA * Asistencia tecnica rubro 111 y 112 - 30 y 31 de mayo.
18) Presentar al supervisor de contrato al inicio del contrato y de manera trimestral, un cronograma de lo que se denomina en el manual operativo de la modalidad: "semana de proyecto familiar" de cada uno de los Hogares Sustitutos que administra, con nombres de la madre o padre sustituto, fecha en que se tomará la semana de proyecto familiar, observación de si la semana se toma con los beneficiarios ubicados o no, todo esto con el fin de organizar este espacio de las familias sustitutas	**SI**	Documentos que den cumplimiento a la obligación-Verifique que el operador cuente con soporte de entrega del cronograma de semana de proyecto familiar.	La fundación social yo te cuido cuenta con un cronograma para el desarrollo trimestral de actividades encaminadas a la semana del proyecto familiar, en cada uno de los hogares sustitutos
19) Elaborar e implementar un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad y Manual Operativo de la modalidad Hogar sustituto.	**SI**	Documentos que den cumplimiento a la obligación	Durante el mes de mayo la fundación social yo te cuido lleva a cabo todas las acciones enmarcadas en los cronogramas, es así que se evidencian cronogramas de actividades desarrolladas por el equipo de talento humano por cada munciipion de atencion, en el cual se evidencia el desarroolo de las siguientes actividades: * Seguimiento a usuarios de la modalidad * jornadades de fortalecimiento familiar a familias sustitutas y familias biologicas * jornadas de diculgacion de la modalidad * visita a unidades de servicio * talleres con usuarios y actividades de fortalecimiento del pryecto de vida.
Cumplimiento de Obligaciones Administrativas del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE ADMINISTRATIVO			

1) Disponer del talento humano en perfil y tiempo de dedicación exigido para el desarrollo del servicio, acorde con los documentos técnicos del ICBF y mantener actualizadas las carpetas del talento humano vinculado para la ejecución del contrato, las cuales deben incluir: hoja de vida, soportes de estudio, tarjeta profesional (cuando aplique), certificaciones de experiencia, código ético firmado, contrato debidamente firmado, certificados de antecedentes (Contraloría, Procuraduría, Policía), registro nacional de medidas correctivas (inicial y con actualización trimestral), consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes (inicial y con actualización cada 4 meses), antecedentes profesionales (cuando aplique), soportes de pago de seguridad social y documentos de compromiso de confidencialidad y de protección de datos firmados. Lo anterior, puede ser físico o magnético. La contratación del talento humano que se requiera no podrá ser tercerizado.	**SI**	Certificado de Cumplimiento. Listado del Talento Humano-Informe mensual de la prestación del servicio. (mensual)-verificación en sitio,	Para el periodo comprendido entre el 01 al 31 de mayo del 2024 la fundacion social yo te cuido dispuso del Talento Humano requerido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, por lo anterior, se anexa directorio de talento humano; Como se describe a continuaion: 1. COORDINADORES + Fabian Andres Lamilla Galvis + Yudy Alejandra Barragan Cleves 2. NUTRICIONISTA + Hamara Paez Delgado 3. PROFESIONALES DE AREA + Ana Maria Losano Plaza + Diego Alejandro Losada Romero 4. EQUIPO GARZON + Laura Alejandra Fernandez Sotto - Psicologa + Karen Yesina Alvarez Caicedo - Trabajadora social + Jessica Lorena Garzon - Gestora de caso + Maria Alejandra Trujillo - Auxiliar Administrativa 5. EQUIPO LA PLATA + Paola Andre Marion - Psicologa + Ledy Constanza Rojas Moreno - Trabajadora social + Laura Daniela Olcuche- Gestora de caso
2) Presentar mensualmente certificado emitido por el representante legal y contador en el que haga constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos, con la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas, la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes y con el tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la modalidad.	**SI**	Informe Técnico mensual-Certificado de Cumplimiento de esta obligación. Revise que se adjunte al informe, la certificación firmada por el representante legal y el contador en la que certifiquen que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil, los requisitos y con el tiempo de dedicación exigidos en los lineamientos.	Para el periodo del mes de mayo la fundación social yo te cuido soporta que dispone del Talento Humano requerido para el desarrollo de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto y cuenta con los requisitos exigidos contractualmente; por lo anterior, se anexa el certificado firmado por la representante legal.
3)) Cumplir y mantener durante toda la ejecución del contrato, adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes.	**SI**	Informe Técnico Mensual, Certificado de Cumplimiento de esta obligación -registro fotográfico-Licencia de Funcionamiento	Para el periodo del mes de mayo la fundación social yo te cuido dio cumplimiento con las condiciones locativas y de infraestructura que estipula el Lineamiento Técnico de Modalidades para la Atención de Niños, Niñas, Adolescente y Jóvenes con sus Derechos Amenazados y/o Vulnerados". en las sedes administrativas ubicada en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. Teniendo en cuenta lo anterior se anexa certificación firmada por la representante legal.
4) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa competente y al supervisor del contrato, de acuerdo con los procesos, procedimientos y orientaciones establecidos por las Direcciones de Planeación, Protección y la Oficina Asesora de Comunicaciones para el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el servicio. Aplica para universidades, ONG, periodistas, estudiantes, docentes, cooperantes, contratistas del ICBF, funcionarios del ICBF y cualquier otra persona.	**SI**	La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencias: Registro de autorizaciones en caso de el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo del mes de mayo del 2024, se resalta que no se realizaron investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad.
5) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa y al supervisor del contrato, para atender a los beneficiarios en otra sede.	**SI**	MENSUAL: CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. 1.Planillas de atención mes a mes enviadas al ICBF 2.Correo electrónico de reporte de cupos a autoridad administrativa asignada.	La fundación social yo te cuido durante el periodo del 01 al 31 de mayo del 2024 no se realizaron atenciones de usuarios en otras sedes del operador, estas se llavín a cabo en las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.
6) Contar con los medios tecnológicos y de comunicaciones necesarios para registrar y transmitir la información al ICBF.	**SI**	"CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencia: Evidencia de los medios tecnológicos para transmitir la información ICBF. Modalidades: Vulneración y Discapacidad."	La fundación social yo te cuido en el mes de mayo, dsipone de los medios tecnoclogicos requeridadp para el desarrollo de las Modalidades Discapacidad y Vulneración, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata y de esta manera registrar y trasmitir la información al ICBF, tales como son: 1. Correo electronico para cada profesional desde el dominio de la pagiina web de la fundacion. 2. Grupos informativos de whatsaap donde se comparte informacion de interes oara el talento humano y madres sustitutas. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
7) Realizar las confirmaciones de los ingresos y egresos de cada usuario (a), de acuerdo con las órdenes de los Defensores de Familia y Comisarios de Familia, en el Sistema de Información Misional del ICBF siempre y cuando el sistema se encuentre disponible y operando correctamente	**SI**	"CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencias: Relación de radicados (físicos y/o electrónicos) Modalidades: Vulneración y Discapacidad. "	Desde la fundación social yo te cuido la persona encargada de manejar el registro de ingresos y egresos a la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón Pitalito y la Plata, es FABIAN ANDRES LAMILLA GALVIS, todo este manejo se ha dado a través del correo electrónico dispuesto por la fundación, lo anterior, dado que a la fecha no se ha logrado la asignación de usuario SIM, puesto que presentamos fallas en el registro de PROVEEDORES, situación que ya se encuentra escalonada a la sede nacional y estamos a la espera de que sea habilidad dicho aplicativo y de esta manera sean asignado el usuarios SIM. se anexa acta de solicitud de usuario SIM.
8) Cumplir con las acciones establecidas en la Guía técnica para la metrología aplicable a los programas de los procesos misionales del ICBF vigente	**SI**	Verificación en sitio. 2 veces al año. Certificación por representante legal mensual	La fundación social yo te cuido cumple a cabalidad con la totalidad de las acciones establecidas en la Guía Técnica para la metrología aplicable a modalidad; por lo anterior se anexa, certificado de la representante legal en la cual se establece que durante el mes de mayo la fundación cuenta con los equipos metrológicos en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzo, Pitalito y la Plata. De igual manera se anexa certificado de calibracion reciente de los equpos asignados para cada centro zonal
9) Realizar las gestiones de adquisición de elemento de dotación para la modalidad de atención según sea el caso, de acuerdo con los recursos destinados en el contrato para tal fin, cuando aplique	**SI**	Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera	Durante el presente periodo no se realizo adquisición de elementos para la dotación de las sedes administrativas,
10) Contar con un banco de hojas de vida y proceso de selección que le permita cubrir antes de 10 días hábiles alguna vacante del personal que opera el servicio cuando se presenta renuncia unilateral por parte del empleado	**si**	Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera	la fundación social yo te cuido cuenta con un banco de hojas de vidas las cuales cumplen con todos los requisitos para suplir alguna vacante que se llegue a presentar durante la prestación del servicio; estas son recepcionadas desde el correo fundacionsocialyotecuido@gmail.com y debidamente revisadas y aporbadas por el equipo de coordinadores de la fundacion. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal donde hace constar dicha información

11) Contar con un programa que propenda por la estabilidad del talento humano, con el fin de disminuir la rotación de personal en los servicios, lo que impacta negativamente la adherencia pedagógica de los usuarios	**si**	Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera	La fundación social yo te cuido cuenta con estrategias que permitan generar estabilidad al talento humano vinculada a la modalidad, a fin de que no presente acciones de rotación de personal, que afecten la prestación del servicio. Entre ellas encintramos: 1. convenio con la UNIVERSIDAD UNICALRETIANA a fin de potencializar y fascilitar procesos academicos de los profesionales- 2. Jornadas de cualificacion al talento humano y fortalecimiento de saberes. 4. espacios de escucha .
Cumplimiento de Obligaciones dotación recibida o adquirida por el contratista del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA POR EL CONTRATISTA			
1)) Suscribir acta de recibo y de entrega de los bienes muebles entregados por el ICBF al inicio y al final de la vigencia del presente contrato y adquiridos durante la ejecución del mismo con la respectiva relación de inventarios, bienes que quedaran bajo su custodia, serán su responsabilidad y deberán ser devueltos una vez se dé por terminado el contrato. Así mismo, se deberán actualizar y reportar a la supervisión de contrato, con una periodicidad cuatrimestral las novedades presentadas en el inventario, siendo el supervisor responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Certificado de la fundación Acta de Recibo de bienes muebles e inventario	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
2) Informar de manera inmediata al supervisor, una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con el traslado de las correspondientes facturas y demás soportes que apliquen	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: certificado de la fundación , Oficio radicado en centro zonal 1) copia de la factura de compra 2) evidencia fotográfica del elemento instalado 3) Copia de la factura de venta	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
3) Si una vez se reciba la dotación por parte del contratista responsable de los bienes, en la verificación inicial encuentra inconsistencias, al confrontar la relación o acta de bienes que tiene a cargo contra el inventario físico realizado respecto de los bienes que le han sido suministrados para su servicio, comunicará por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recibo al servidor público encargado del control de inventarios -responsable de almacén- sobre las diferencias detectadas -faltantes y sobrantes- para que efectúe las verificaciones y correcciones si a ello hubiere lugar	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Relación o Inventario de muebles y enseres entregado por el ICBF	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
4)Utilizar los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato conforme al uso legítimo autorizado.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Informe mensual de prestación del servicio, Facturas y soportes de gastos por mantenimiento	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
5) Responder por cualquier deterioro de los bienes muebles devolutivos, que no provenga del desgaste natural o que provenga del uso no autorizado por el ICBF.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Actas de inventarios, soportes contables y evidencias fotográficas	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
6) Emplear la mayor diligencia en la conservación de los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Inventario delos elementos de dotación, Soportes de gastos y conceptos técnicos de mantenimientos evidencia fotográfica	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
7)Efectuar las reparaciones y mantenimientos indispensables para la conservación de bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Certificado representante legal Informe mensual de prestación del servicio, Acta de inventario de muebles y enseres. Mantenimientos e Informe o reporte de anomalía	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
8) Vigilar y custodiar los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perturbados por terceros. En caso de ocurrir cualquier perturbación a la tenencia, dar aviso al ICBF en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: informe mensual de prestación del servicio, Soporte o nota contable	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
9) Llevar la contabilidad de los bienes muebles por centro de costos, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico - y documentos administrativos vigentes que rijan para el programa, en los casos que aplique.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Libro auxiliar que evidencie el registro en el centro de costos	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
10) Informar al supervisor del contrato la existencia de siniestros dentro de los cinco (5) días hábiles a su ocurrencia.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Certificado representante legal y/o Comunicación escrita	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
11) Elaborar en coordinación con el delegado del ICBF el inventario de los elementos de dotación que sean adquiridos y entregados con recursos del ICBF, y entregarlo al supervisor del contrato para el respectivo procedimiento de ingreso y egreso de bienes que establezca el ICBF	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Radicado documentos para almacén *Actas de entrega *Registro Fotográfico	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
12) Restituir mediante acta a la persona natural o jurídica que determine el ICBF a la terminación del contrato, los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF, según inventario inicial, salvo que al terminar el contrato los bienes hayan cumplido su vida útil y no puedan ser utilizados para el servicio. En este caso, se procederá conforme con lo establecido en el anexo técnico respectivo dado por el ICBF.	**N/A**	<	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
13) Relacionar en acta, tanto al inicio como al final del contrato, los elementos propiedad del CONTRATISTA y puestos a disposición de las unidades de servicios, incluidos en el plan de trabajo.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL; Acta de inicio y final de la relación de los elementos de propiedad del Contratista y puestos a disposición de la modalidad-	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS

14) Garantizar en caso de traslado o cierre de las unidades de servicio, que los elementos de dotación propiedad del ICBF sean transferidos a la nueva unidad, mediante acta de entrega, en presencia del supervisor del contrato, representante legal del contratista y del almacenista de la Regional cuando aplique.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega de inventario de elementos devolutivos o restitución a la terminación del contrato	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
15) Entregar al supervisor del contrato, la relación de actas de entrega a cada unidad de servicio, en la que se especifiquen los elementos entregados, la referencia, marca, serial, modelo-en los casos que aplique-, la cantidad y el estado en que se reciben. PARÁGRAFO PRIMERO. La EAS serán responsables en los siguientes eventos: a). Cuando el hecho hubiere sobrevenido por culpa suya, inclusive levísima; b. Cuando por peligro del bien prestado o propio, haya preferido salvar el suyo; y c. cuando expresamente haya aceptado la responsabilidad del caso fortuito. PARÁGRAFO SEGUNDO. La falta de reporte de los bienes muebles devolutivos adquiridos como dotación en el marco del contrato de aporte, o su no devolución a la finalización del contrato, harán incurrir al Contratista en responsabilidad contractual, disciplinaria, fiscal y penal. 5) Baja de bienes muebles, se da cuando los elementos se encuentren totalmente inservibles o cuando existan bienes que contengan elementos o compuestos peligrosos, que si bien no generan problema durante su uso, pero se convierten en un peligro cuando se liberan al medio ambiente y que además presentan alto grado de deterioro, o que ya no son útiles para la entidad por estar en estado de inservibles, el supervisor de contrato deberá solicitar el inventario - responsable de almacén y en articulación con el CONTRATISTA clasificará el listado de bienes según su estado en deterioro, obsolescencia, inservibles o reubicación, (sólo aplica para los bienes devolutivos) y mediante correo electrónico lo remitirá al responsable de almacén para que realice las gestiones correspondientes. Para los bienes clasificados como de CONSUMO se levantará un acta firmada por e	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega de inventario de elementos devolutivos restitución a la terminación del contrato-	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
Cumplimiento de Obligaciones Legales del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**fueron adquiridos en la ejecución de vigencias contractuales anteriores.**
COMPONENTE LEGAL			
1) Mantener la licencia de funcionamiento vigente para el servicio objeto del presente contrato durante el plazo de ejecución.	**SI**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón.Copiadela licenciade funcionamiento, Anexos en PDF.Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	El ICBF - Regional Huila realizo la verificación y aprobación en los requisitos de cumplimiento para el proceso de renovación de las licencias de funcionamiento a la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, es así que desde la fundación contamos con resolución de licencia de funcionamiento: Modalidad Vulneración Resolución 221 del 29/04/2024 Modalidad Discapacidad Resolución 222 del 29/04/2024
2) Suscribir el acta de inicio del contrato.	**SI**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Acta de Suscripción de Contratos. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	la fundación social yo te cuido cuenta con el acta de inicio del contrato la cual reposa en la carpeta del contrato debidamente suscrita el día 01 de abril del año 2024.
3) Suscribir todas las actas que se produzcan con ocasión de la ejecución del contrato.	**SI**	Evidencias: Acta de inicio. Anexar en PDF todas las actas de las reuniones sostenidas durante el mes (sin importar su naturaleza) - Formato certificación CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón.	La fundación social yo te cuido para el mes de mayo del años 2024, no se adjuntan actas suscritas con ocasión a la ejecución del contrato, por lo anterior se adjunta certificación emitida por la representante legal.
4) Cumplir con las obligaciones laborales que como empleador se puedan generar con relación al contrato suscrito: presentar mensualmente las certificaciones expedidas por el representante legal de la entidad o revisor fiscal, según corresponda, donde conste que la misma se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral, como: i) aportes parafiscales; ir) aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral; iii) el pago de sueldos u honorarios en los tiempos establecidos para tal fin, según la vinculación laboral (no se admiten mora en los pagos); iv) el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores; v) el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros.	**SI**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Planilla de Pago de Seguridad Social del mes de enero. *Certificado del revisor fiscal y representante legal. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido anexa certificación de cumplimiento de pagos de las obligaciones laborales de pensión, salud y demás conceptos legales, firmado por la revisora fiscal con fecha de expedición del 01 de junio de 2024.
5 Entregar de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios para atender requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador.	**si**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Certificado representante legal	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, se realizo envió de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios; es de resaltar, que no se recibieron requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador.
Cumplimiento de Obligaciones Financieras del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE FINANCIERO			
1) Presentar dentro del primer mes de ejecución del contrato el presupuesto de ingresos y gastos de acuerdo con los clasificadores de costo establecidos para la modalidad, para la revisión y aprobación por parte del Supervisor	SI	Presupuestos en formato ICBF. F7.G19.P. versión vigente, debidamente radicados con anexos y firmados por Representante Legal y Contador. Modalidades Vulneración y Discapacidad (primer informe de seguimiento)	Se anexa el presupuesto debidamente aprobado por el equipo técnico y el equipo de supervisión.
		CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. Oficio radicado que se presenta la siguiente los siguientes documentos: los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de	

2) Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al mes vencido los soportes correspondientes para la expedición del certificado de cumplimiento, acorde con la cláusula séptima	SI	los niños, niñas y adolescentes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de pago a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de pago al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de pago correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. (7) Cuenta de cobro o factura (según aplique). (8) Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique	*RELACION DE CUPOS ATENDIDOS EN EL MES *CERTIFICADO DE CUPOS ATENDIDOS *PLANILLAS DE CUPOS ATENDIDOS *CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES
3) Presentar informe al finalizar el contrato, el cual contenga como mínimo: registro de cupos contratados y efectivamente atendidos mensualmente, logros y dificultades y aportes recibidos y su utilización.	SI	Informe final de ejecución del contrato: Planillas de Usuarios (as) atendidos o sesiones realizas durante la vigencia del contrato o liquidación mensual del reporte SIM. • Certificaciones de cupos atendidos o sesiones realizas firmada por la Coordinadora o Representante Legal. • Informe donde se evidencie los logros y dificultades. • Registro contable de aportes recibidos y el soporte	Para este periodo no se evidencia soportes por dichos conceptos. *Se anexa planillas de cupos atendidos y costos fijos
4) Estructurar la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas – PUC- según la directriz que defina el ICBF, con sus soportes debidamente organizados que identifiquen la implementación de las NIIF y de la información actualizada	SI	Certificación firmada por el contador donde indica que la información financiera esta fundamentada en la contabilización y registro de acuerdo al PUC establecido . Y Sistema Financiero Utilizado	La fundación, cumple con las normas de contabilidad requeridas, con su estructura financiera de acuerdo con el plan único de cuentas aceptadas e implementación de las NIIF, para lo cual dispone del software contable león, el cual genera movimiento contable conforme a la normatividad vigente y certifican que la contabilidad se maneja por centro de costos y certificación enviada con firma del representante legal, revisión fiscal y contador del periodo presentado.
6) De conformidad con lo establecido en al artículo 2.2.1.2. 4..2.16 del Decreto 1860 de 2021, se deberá garantizar la provisión de bienes o servicios por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional, esta provisión se establece en un porcentaje del cinco por ciento (5%) de los bienes y servicios requeridos para la ejecución del contrato	SI	Certificado, y soportes contables y administrativos	Se realizó seguimiento financiero al operador de acuerdo a la información presentada según resumen de centros de costos por la totalidad del contrato y se encuentra conforme con la ejecución de gastos. se adjunta certificado del contador.
7) Pagar oportunamente a los proveedores y presentar paz y salvo mensual o de acuerdo con su política de pago	SI	Certificado de cumplimiento de pago a proveedores - soportes de pago - transferencia electrónica. Y paz y salvo al finalizar el contrato	Certificado de cumplimiento de pago a proveedores
8) Facilitar de manera oportuna e integral, libros de registro, archivos, actas, informes, expedientes y demás información financiera que le solicite el supervisor del contrato; esta información se debe suministrar completa en el lugar de ejecución del presente contrato y debe estar actualizada, de tal manera que permita verificar la ejecución del recurso de forma mensual, acorde con lo establecido en los documentos y sus respectivos clasificadores de costo según aplique para la modalidad. 9) Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de presupuesto, ingresos y gastos..	SI	• Formato de seguimiento financiero versión vigente. Oficios radicados de solicitud y aprobación de los traslados de rubros presupuestales con la respectiva justificación y/o Certificación	se anexan evidencias a la entrega del formato de seguimiento financiero vigente, soportes contables, talento humano, consolidado de las planillas de liquidación.
9) Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de presupuesto, ingresos y gastos..	SI	• Formato de seguimiento financiero versión vigente. y soportes contables del mismo, que evidencien que evidencien los pagos de las obligaciones adquiridas por el operador en los tiempos que se hayan pactado para ello. -Comprobante de transferencia, certificación del Revisor fiscal y facturas del mes	Para este periodo no se evidencia soportes por dichos conceptos
10) Ejecutar durante la vigencia del contrato los recursos asignados. No se podrán realizar compras con cargo a los recursos del contrato para ejecutar fuera del plazo contractual. Se debe llevar un control que identifique la compra, entrega y saldos de los bienes adquiridos con recursos del contrato de aporte.	SI	• Formato de seguimiento financiero versión vigente. y soportes contables del mismo, que evidencien que evidencien los pagos de las obligaciones adquiridas por el operador en los tiempos que se hayan pactado para ello. -Comprobante de transferencia, certificación del Revisor fiscal y facturas del mes	Certificado de ejecución del contrato durante su vigencia
11) Realizar en los tiempos acordados o establecidos para ello, el pago de las obligaciones adquiridas por parte del contratista, sin condicionar estos a la entrega de los recursos aportados por el ICBF del contrato de aporte	SI	Certificación firmado por el Contador y/o Revisor Fiscal- que se cumple con todas las obligaciones inherentes a la ejecución del contrato	Certificado del pago de las obligaciones adquiridas para la ejecución del contrato
12) Llevar la contabilidad por centro de costos, de los recursos que le corresponde ejecutar del contrato, en la cual se identifique la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual, debidamente avalada por el contador, sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF	SI	Certificación firmado por el Contador y/o Revisor Fiscal-Libros auxiliar por centro de costos	Certificado donde se especifica que la fundación certifica que lleva la contabilidad por centro de costos, de los recursos que le corresponde ejecutar del contrato, en la cual se identifica la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual, debidamente avalada por el contador, sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF y se lleva mediante el sistema contable parametrizado en software contable león
13) Reintegrar los recursos aportados, no ejecutados, ejecutados de forma indebida o que se utilicen en gastos diferentes a los reconocidos dentro de los clasificadores del costo aprobados para la modalidad, de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta el ICBF. Remitir al supervisor del contrato, dentro de los tres (3) días siguientes a la consignación, copia del documento donde conste la operación que, por concepto de reintegros, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón la ejecución del contrato. El contratista puede autorizar que el ICBF descuente del saldo a favor, el valor correspondiente al reintegro que se llegase a causar. En el caso en que el contratista no reintegre o autorice el descuento del recurso, el supervisor de contrato puede descontar dicho recurso del saldo a favor antes de la terminación del contrato. PARÁGRAFO: Las consignaciones a que hace referencia esta obligación deben realizarse únicamente en la cuenta informada por escrito por el supervisor del contrato.	SI	Consignación, copia del documento donde conste la operación que, por concepto de reintegros, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón la ejecución del contrato	Para este periodo no se evidencia soportes de ingresos por dichos conceptos.
13) Presentar la información contable al supervisor y llevar cuenta bancaria de ahorros exclusiva para el contrato y en el caso que aplique y sea notificado por el supervisor debe tener cuenta maestra para el manejo de los recursos destinados para el presente contrato de conformidad con lo establecido en la Resolución 1400 del 24 de febrero de 2020 modificada por las Resoluciones 8300 de 2021 y 3944 de 2022	SI	Evidencias: 1) Extractos de cuenta corriente del contrato 2) Certificación cuenta bancario destinada para uso exclusivo del contrato 3) Libro auxiliar de la cuenta de bancos 4) Conciliación bancaria	Certificado cuenta maestra.
OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)**	**Observaciones (iv)**

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

OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL			
1. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio: Relación de datos de puntos de entrega y de cambio de puntos cuando haya lugar. Al inicio del contrato y mensual	APLICA PARA EL MUNICIPIO DE GARZON, LA FUNDACION REALIZA EL ADECUADO ALMACENAMIENTO HACIENDO EL USO ADECUADO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POS ICBF PARA LA RESPECTIVA ENTREGA A LOS USAURIOS.
2. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato, y suministro de la alimentación a las niñas, niños y adolescentes beneficiarios para la Modalidad de atención, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso, se podrá donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF.	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio Mensual	INFORME MENSUAL DE BIENESTARINA
3. Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservación	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio Informe mensual de visitas de la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimento de Alto valor Nutricional Anexo No. 57. Instrumento de seguimiento al cumplimiento de condiciones para la recepción, almacenamiento y control de Alimentos de Alto Valor Nutricional en punto de entrega.	Para el presente periodo no se recibio ni se realizo entrega de bienestarina en ninguno de los municipios.
4. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
5. Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro	**SI**	Acta y/o planilla de entrega. Mensual	Para el presente periodo no se recibio ni se realizo entrega de bienestarina en ninguno de los municipios.
6. Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega.	**SI**	Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional	Para el presente periodo no se recibio ni se realizo entrega de bienestarina en ninguno de los municipios.
7.Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN	**N/A**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
8.Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional.	**SI**	Comunicación de solicitud de asesoría y respuesta de la regional - mensual.	El dia 21 de mayo del 2024 se recibio asistencia tecnica frente al manejo y cuidado de los alimementos de alto valor nutricional por parte de la regional.
9. Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF.	**SI**	Actas o comunicaciones escritas sobre la gestión de la promoción del control social	ACTA DE PROMOCION PARA EL MANEJO ADECUADO Y BUEN USO DE LA BIENESTARINA
10. Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF.	**N/A**	Requerimientos realizados y respuesta por parte del contratista	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
11. Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional.	**N/A**	Relación de cantidades de alimentos y recibo de consignación	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
12. Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría.	**N/A**	Acta de visita	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
13. Al finalizar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.	**N/A**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal

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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 4	
Hora: 8:00 am	**Fecha: 03 de mayo de 2024**
Lugar:	Sede administrativa Neiva – Huila
Dependencia que Convoca:	Fundación Social Yo te Cuido
Proceso:	Hogar Sustituto Vulneración y Discapacidad
Objetivo:	Llevar a cabo jornada de inducción y capacitación a dos profesionales de trabajo social que ingresaron a hacer parte de la modalidad Hogar sustituto en los municipios de Garzón y la Plata, a fin de orientar frente a las acciones a desarrollar durante la ejecución del contrato

Agenda:

1. Saludo

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

Seguidamente, se realiza la presentación del equipo administrativo de la fundación quien está integrado por Hernán David Bonilla Aguirre – Representante legal suplente de la fundación y encargado de liderar los procesos sociales; Yudy Alejandra Barragán Cleves – coordinadora de la modalidad y Fabian Andrés Lamilla – Coordinador de la modalidad

Desarrollo: Siendo las 8:30 am, del día 03 de mayo del 2024 Se da inicio a la jornada, agradeciendo a las profesionales por la participación y dando la bienvenida esta bonita modalidad, orientando al talento Humano frente a las propuestas de implementación y cualificación de vulneración y discapacidad aprobadas para la fundación social yo te cuido, se resalta que se cuenta con dos PIYC una para cada modalidad.

PUBLICA

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

a. PORTADA

Regional:	Huila	**Operador:**	Fundación Social Yo Te cuido
Modalidad o Servicio:	**Población:**	**Municipio:**	**Dirección Sede Administrativa – Sede Operativa:**
Hogar Sustituto	• Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes en edades de cero (0) a (18) años con una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal) con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adaptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos. • Mayores de (18) años con discapacidad y/o una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal), que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y cuyo cuidado puede ser asumido por una madre o padre sustitutos. • Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años con discapacidad, hijos e hijas de adolescentes desvinculadas de grupos armados organizados al margen de la ley	**NEIVA**	• **Sede Administrativa Neiva**: Calle 21 · 7 a – 20 Barrio Tenerife • **Sede Pitalito:** Calle 1 a · 5 -52 Barrio trinidad • **Sede Garzón** Calle 7 · 2e – 03 Barrio Santa Clara • **Sede la plata** Calle 13 · 5e -34 Barrio villa del prado

C. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION

	NIVELES	CONTEXTUALIZACION	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	COMO LOGRARLO (estrategias, acciones o metodologías)
PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN	**Micro sistema: Niño, niña o adolescente**	Los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad Hogar Sustituto en el Departamento del Huila presentan diferentes necesidades, debido a la vulneración de sus derechos desde su familia biológica, quienes deberían ser los principales garantes de sus derechos fundamentales. Sin embargo, algunos suelen ser víctimas de maltrato infantil, abuso físico, psicológico, sexual, desnutrición, abandono, situación de calle y demás, generadoras de alteraciones de acuerdo con el curso de vida, en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, conlleva a que se vean afectadas las habilidades, competencias y destrezas acordes a su desarrollo vital y procesos de construcción de su proyecto de vida. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social en el Departamento del Huila, se tiene registro de 51.631 personas con discapacidad, concentrándose en los Municipios de Neiva, Pitalito y Garzón. De las 51.631 personas con discapacidad, el 51% son de sexo femenino, y el 49% restante, sexo masculino. Las mayores problemáticas de las personas con discapacidad en el departamento es la falta de formulación y adopción de una Política	**Hito 1.** **Momento 1: Evaluación integradora**	
			Reconocer las dinámicas individuales del Niño, Niña o Adolescente; teniendo como punto de partida su historia de vida, habilidades, capacidades, riesgos y oportunidades; identificando grado de discapacidad a fin de implementar el proceso de atención.	Realizar entrevista semiestructurada al niño, niña o adolescente a fin de identificar riesgos, dificultades y habilidades, establecer la atención a seguir.
				Revisión documental a la información brindada por la autoridad administrativa competente.
				Realizar la evaluación integradora los niños, niñas o adolescente a fin de identificar sus afectaciones a nivel físico, emocional, familiar y social.
				Identificar las redes familiares y/o vinculares con que cuenta el niño, niñas y adolescente
				Implementación de actividades pedagógicas para conocer las habilidades y potencialidades del beneficiario.
				Gestionar valoración inicial de salud, se solicitará al médico de la EAPB, que se incluyan los posibles Factores desencadenantes de un episodio de agitación psicomotora, signos de alarma recomendaciones para su manejo en caso de presentarse la agitación.
				Realizar valoración inicial por nutrición, según lo establecido en el manual operativo modalidad hogares sustitutos o de acuerdo a las necesidades del beneficiario
				Efectuar una valoración Inicial (profesional de área) a los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad a fin de

		Pública departamental de Discapacidad e inclusión social. Igualmente, se debe fomentar la participación ciudadana, social y comunitaria de las personas con discapacidad, su familia y cuidadores, con el propósito de brindar la garantía del ejercicio de derechos de ellas.		definir sus capacidades a nivel educativo, recreativo y social.
			Momento 2: Diseño del plan de caso	
			Identificar el tipo de atención adecuado para el niño, niña o adolescente, teniendo en cuenta el motivo por el cual se dio inicio al proceso administrativo de restablecimiento de derechos; sin dejar de lado el enfoque de derechos y el enfoque diferencial.	Realizar análisis del caso a fin de identificar las atenciones a realizar y las acciones a seguir de acuerdo con las necesidades y particularidades del niño, niñas o adolescente.
				Diseñar un plan de acción individual de acuerdo a las necesidades del niño, niña y adolescente; que incluya las atenciones terapéuticas,
				Gestionar inclusión educativa para la población con discapacidad de acuerdo a sus necesidades y capacidades.
			Implementar estrategias que permitan el fortalecimiento de capacidades a nivel corporal, individual y social.	Involucrar a los niños, niñas adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encuentren en proceso PARD, en espacios vitales para que los experimentes y fortalezcan el desarrollo de habilidades individuales.
				Generar espacios de participación y esparcimiento que fortalezcan las habilidades sociales en los niños, niñas adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encuentren en proceso PARD.
				Implementar el desarrollo y ejecución de actividades ludicopedagogicas, deportivas y recreativas que estimulen el desarrollo corporal y motriz de los niños, niñas adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encuentren en proceso PARD.

				Ejecutar un plan de acción pedagógico basado en la lúdica, la literatura, el arte y el juego u otras estrategias que estimulen el aprendizaje a través de los sentidos.
			Hito 2 - Gestión de Caso	
			Momento 3: Implementación del plan de caso	
			Generar estrategias integradoras e innovadoras que permitan la superación de las afectaciones físicas, emocionales y colectivas, que desencadenaron en un proceso PARD del niño, niña o Adolescente	Implementación de acciones recreativas, pedagógicas, didácticas y de orientación y
				Promover la participación en espacios de actividad física tales como deporte dirigido, gimnasio sensorial y rehabilitación física, entre Otros.
			Promover y programar estrategias a desarrollar con el niño niña o adolescente de acuerdo a sus necesidades; sin genera prácticas de revictimización, partiendo de las necesidades y particularidades de cada beneficiario.	Acompañamiento constante en contextos específicos (educativos, ocupacional, actividades específicas en casa) para la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria – AIVD.
				Promover actividades en las cuales los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD con mayor dependencia funcional y restricciones en la participación tengan contacto con la naturaleza.
				Programar actividades de participación en espacios de actividad física tales como deporte dirigido, gimnasio sensorial y rehabilitación física, entre otros.
			Interiorizar en cada niño, niña o adolescentes la importancia de reconocer su proyecto de vida individual; además plantear estrategias en pro del fortalecimiento del	Acompañamiento permanente a través de apoyos generalizados en las Actividades básicas de la vida diaria – ABVD.
				Generará estrategias que faciliten la participación de las personas con discapacidad con mayor dependencia funcional y

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

				responsabilidades adquiridas en pro de la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes. *Generar estrategias en pro de orientar a la familia y /o red vincular frente al rol del cuidador en la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes.
	Meso sistema: Familia	Desde la concepción social la familia es la base de la sociedad en la cual se aprenden principios, valores, vivencias y se educa al ser humano para que adquiere habilidades, destrezas y se forme para la vida, en ella se trasmiten saberes, conocimientos y se heredan patrones culturales que influyen en el comportamiento del ser humano, el cual puede ser moldeado y educado a través del tiempo. Está formado por las relaciones existentes entre los miembros del primer nivel (el microsistema), de tal modo que, por ejemplo, cómo se relacione la familia con los profesores o los padres con los amigos del niño, va a influir directamente sobre el niño, niña y adolescente. De ahí la importancia de los vínculos que los padres establezcamos con el resto de entornos. El Huila pasó de tener al 18,3% de su población en condición de vulnerabilidad por pobreza multidimensional en 2019, al 23,4% en 2020, lo cual significa que las medidas para mitigar los efectos nefastos de la pandemia de COVID-19 en diferentes aspectos como empleo, salud, educación, entre otros, fueron menos eficaces en esta región frente al resto de departamentos.	**HITO 1 - Prospectiva del caso**	
			Momento 1: Evaluación integradora	
			Identificar los factores de vulnerabilidad y generatividad de cada familia.	Establecer un plan de acción con cada una de las intervenciones de los profesionales, partiendo de las particularidades y características de las familias y como esta afecta de manera directa o indirecta al niño, niñas o adolescente.
				Brindar orientación frente a la activación de rutas, en caso de identificar la presencia de algún evento traumático en la familia.
			Momento 2: Diseño del plan de caso	
			Identificar las prácticas y dinámicas de las familias del Niño, Niña o Adolescente, para así reconocer las capacidades parentales y entornos protectores con que cuenta cada uno de sus integrantes.	Reconocer las capacidades parentales de las familias biológicas, familia extensa y redes vinculares; afín de generar compromisos para crear entornos protectores que permitan la garantía plena de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
			Hito 2 - Gestión de Caso	
			Momento 3: Implementación del plan de caso	
			Identificar si las familias superaron aquellas situaciones de riesgo y vulneración que desencadenaron el inicio de un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y retiro del medio familiar de los niños, niñas y adolescentes.	Generar estrategias para el cambio de patrones culturales e imaginarios sociales que tienen los padres de familia frente a la educación de los niños, niñas y adolescentes y niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD que conlleven a escenarios de violencia.
				Establecer compromisos con las familias frente a la responsabilidad que ellos deben de asumir en el

		Hay que recordar que, por ejemplo, durante el 2020 Neiva fue la ciudad con la más alta tasa de desempleo en Colombia y este es uno de los aspectos analizados para abordar el Índice de Pobreza Multidimensional. Como también lo es el acceso a la educación, severamente afectado en todo el Huila; la inasistencia escolar pasó del 4,6% al 24,1%. En el casco urbano subió de 3,5% al 17,9%, mientras que en la zona rural fue mucho mayor, pasó del 6,4% al 34,7% de personas menores de edad que no pudieron acceder a este derecho fundamental.		proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD), así como en los espacios de visitas con la familia bilógica, familia extensa y redes vinculares de apoyo.
				Vincular a la red familiar interesada en el reintegro del niño, niña, y adolescente para que participen de sensibilizaciones frente a las consecuencias que trae la violencia intra familiar, para que fortalezcan las pautas de crianza inadecuadas que venían ejerciendo.
				Orientar a la familia biológica frente a las capacidades y potencialidades que tienen ellos, para fortalecer espacios de educación con sus hijos desde el área académica y moral de acuerdo con las necesidades de cada una.
				Fortalecer las capacidades parentales y protectoras de la familia.
				Llevar a cabo acompañamiento y orientaciones constantes con las madres sustitutas frente al manejo de las necesidades de los niños niñas y adolescentes con capacidades Especiales.
			Hito 3 - Consolidación del cambio	
			Momento 4: Reunificación	
			Fortalecer a las familias biológicas y/o redes vinculares de apoyo frente a las practica de valores y relaciones socio afectivas, formas de autocuidado y autoprotección, para generar entornos protectores.	Acompañamiento permanente a la familia biológica y red vincular y la determinación de condiciones para que el proceso se consolide de manera positiva.
				Orientación a la familia y/o redes vinculares frente la importancia del cuidado al cuidado de la niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD..

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

				Realizar Intervenciones a fin de establecer compromisos con las familias biológicas y redes vinculares de apoyo de los niños, niñas y adolescentes.
			Momento 5: Reintegración y cierre de caso	
			Logra orientar y comprometer al núcleo familiar, familia extensa y redes vinculares de apoyo frente al desarrollo de procesos de articulación con instituciones para garantizar la continuidad en la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes.	Potencializar las capacidades de autogestión de las familias bilógicas y/ redes vinculares de apoyo, en los servicios públicos y activación de rutas de atención en caso de requerir los servicios del SNBF.
	Exo sistema: Sectores y servicios	Las familias de los beneficiarios de la Fundación, presentan competencias parentales limitadas que impiden garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos, confusión de roles, delegando a cuidadores alternativos la responsabilidad de crianza, hijos temerosos de expresar sus ideas por miedo e inseguridades, ausencia de pautas de crianza y de límites, falta de comunicación familiar, los padres y/o cuidadores involucran a las niñas, niños y adolescentes en los problemas del contexto familiar y esperan que tomen partido por ellos, mujeres cuidadoras con un arraigo cultural patriarcal que no les favorece ejercer su rol protector y tener una autonomía en la consecución de recursos para el sostenimiento familiar. Encontramos padres de familia y/o cuidadores receptivos hacia una parentalidad positiva,	**HITO 1 - Prospectiva del caso**	
			Momento 1: Evaluación integradora	
			Identificar el estado de los niños, niñas, adolescentes y niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD, frente a la vinculación al sistema educativo, Salud, Recreación, para quienes tengan estos derechos vulnerados se pueda generar estrategias de acceso y vinculación a las diversas atenciones.	Realizar la consulta en aplicativos como el SIMAT y FOSYGA a fin de identificar el estado actual niño, niña y adolescente frente a educación y salud.
				Realizar articulación por medio de envió de oficios o reuniones de articulación con las instituciones del SNBF de manera conjunta entre el operador y la autoridad administrativa competente a fin de garantizar el acceso de los niños niñas y adolescentes a la garantía de sus derechos.
			Identificar el estado actual del niño, niña o adolescente frente a su estado de salud. (Medicina general, medicina especializada y/o odontología); en caso de no contar con estas, generar estrategias de articulación, y dar cumplimiento con las mismas.	Realizar revisión de la documentación del niño, niña y adolescente con Procesos Administrativos de Restablecimiento remitidos por las autoridades administrativas competentes a fin de identificar el proceso y su estado de salud, teniendo en cuenta sus necesidades.
				Las madres sustitutas deberán entregar los soportes de gestión, trámite

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

D. PROPUESTA DE CUALIFICACION

	Acciones	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	Frecuencia.	Responsable	Fuente de Verificación.
Cualificación del talento humano. • **Coordinador** • **Psicólogo** • **Trabajador social** • **Nutricionista** • **Auxiliar administrativo** • **Gestor de caso** • **Profesional de área**	Realizar Capacitaciones al talento humano de la fundación social yo te cuido frente a: • Lineamientos Técnicos, Manuales operativos y guías orientadoras, Minuta contractual icas SIGE go Ético, pacto de vivencia y amento Interno.	Personal operativo y administrativo con amplio conocimiento frente a los lineamientos y manuales operativos que orientan a la atención de la modalidad hogar sustituto. Del mismo modo, lograr contar con talento humano ampliamente capacitado frente a la atención de los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad hogar sustituto.	Al inicio de la prestación del servicio. Una vez se realicen ajustes a los documentos técnicos y cada vez que se requiera.	Coordinadores de la modalidad y profesional en salud ocupacional y gestor de caso	Mediante actas de socialización, Capacitación, encuentros, reuniones, y grupos de estudio y trabajo.
	Fortalecer al talento humano en conocimientos dirigidos al Buen Trato.				
	Generar Programas de bienestar laboral e incentivos, para el personal con jornadas de integración y esparcimiento, con actividades grupales. Capacitación en primeros Auxilios emocionales.				
Prevención de situaciones de riesgo.	Identificar situaciones recurrentes que sean motivo de adelantar medidas preventivas o correctivas, en aras de la mejora continua de la atención.	Garantizar la participación activa de los, niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD, en el diligenciamiento de los mecanismos de participación.	Según corresponda	Coordinadores de la modalidad y profesional en salud ocupacional	Actas y formatos establecidas para recopilar la información

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

Frente a los anterior, se explicó al equipo cada una de las estrategias propuestas dentro de los niveles de atención: microsistema, macrosistema y exosistema los cuales se deben desarrollar a fin de dar cumplimiento con el plan de caso y poder desarrollar y sugerir estrategias de acuerdo a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes siguiendo los lineamientos técnicos y manuales operativos sugeridos por el ICBF. De igual manera se orientó frente al MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS. Resaltando que todas las acciones implementadas en esta modalidad están guiadas bajo la documentación establecida por el ICBF, y que por esto es importante que todos los equipos analicen estos documentos antes de cualquier orientación frente a las atenciones.

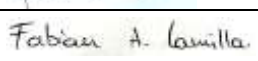
A continuación, se realiza la socialización y firma de del código ético de la modalidad y manual interno de trabajo, documentos que fueron socializados y que brindan las orientaciones frente a los derechos y deberes que como profesionales de la modalidad de acogimiento familiar debemos realizar.

Decisiones:

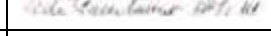
Dar cumplimiento a cada una de las actividades y seguir las recomendaciones a fin de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la modalidad, así como garantizar que las atenciones se den de acuerdo a lo establecido en los lineamiento y manuales operativos establecidos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

Compromisos / tareas	**Responsable(s): Nombre / Cargo o rol**	**Fechas**
Dar cumplimiento a las acciones, actividades y estrategias según lo establecido en la PIYC	Equipo modalidad de acogimiento familiar Hogar sustituto Garzón, Pitalito y la plata	Durante la prestación del servicio.
Generar prácticas de autocuidado durante la prestación del servicio.	Equipo modalidad de acogimiento familiar Hogar sustituto Garzón, Pitalito y la plata	Durante la prestación del servicio.

FIRMA ASISTENTES

Nombre *Se lista **mínimo**: quien preside la reunión/comité y los responsables de cumplir los compromisos adquiridos. No obstante, si la reunión o Comité es soportada por una resolución o acuerdo, dependerá de lo establecido en dicho acto administrativo o lo que definan los asistentes.*	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Yudi Pahola Aguirre Losada	Representante Legal	Fundación social Yo te cuido	
Yudy Alejandra Barragán Cleves	Coordinadora	Fundación social Yo te cuido	
Fabian Andrés Lamilla Galvis	Coordinador	Fundación social Yo te cuido	
Karen Yesenia Álvarez	Trabajadora social	Fundación social Yo te cuido	

PUBLICA

Ledy Constanza Moreno Rojas	Trabajadora social	Fundación social Yo te cuido	
Próxima reunión *(en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)*	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	Fabian Andres Lamilla Galvis		

Nota 1: *las instrucciones de diligenciamiento deben ser* ***borradas*** *luego de la elaboración del acta.*
Nota 2: *si es necesario, el* ***F8.P1.MI Formato Listado de Asistentes****, puede ser anexado a este documento, diligenciado con el registro de todos los participantes a la reunión; para reuniones virtuales; dicho formato (F8.P1.MI) puede ser reemplazado parcial o totalmente por el registro tomado de la asistencia a la reunión virtual, de acuerdo con el* ***P1.MI Procedimiento Elaboración y Control de Documentos.***
Nota 3: *la tabla* ***"Firma Asistentes"*** *y demás campos y apartes de este formato* ***no se modifican*** *ni se eliminan en ningún caso.*

PÚBLICA

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Dalma Catalina Diaz

CENTRO ZONAL: La Plata Huila

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X		
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?		X		
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?		X		
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X		
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?		X		
		X		

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	✓	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	✓	

Observacione de la Madre Sustituta:

Dalma Diaz

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 29/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Rosa Terrios Castillo

CENTRO ZONAL: Barzón

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo Psicosocial

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X		
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?		X		
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?		X		
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Rosa Terrios Castillo

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 28/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Marleny Fragoso

CENTRO ZONAL: Garzón

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo Psicosocial

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Marleny Fragoso Posada

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 30/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Paola Barrero Fiaqua.

CENTRO ZONAL: Barzón

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo psicosocial

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta: La visita fue de manera respetuosa y amable.

Paola Barrero.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION** **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 27/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Eduviges Gonzalez

CENTRO ZONAL: Corzo

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo psicosocial

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X		
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?		X		
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?		X		

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Eduviges Gonzalez

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION** **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 28/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Ana Milena Fragua

CENTRO ZONAL: Corazón

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo Psicosocial

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Ana Milena Fragua

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 30/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Dayenis Alvarez C.

CENTRO ZONAL: Garzón

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo Psicosocial

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X		
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?		X		
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?		X		
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X		
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?		X		
		X		

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Dayenis Alvarez C.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 29/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Olga Lucia Tribana Casas.

CENTRO ZONAL: Garzón

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo psicosocial

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	✓			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	✓			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	✓			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	✓			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	✓			
	✓			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	✓	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	✓	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	✓	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	✓	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	✓	

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 28/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Fanny Cediel de Fernandez

CENTRO ZONAL: Garzón

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: equipo psicosocial.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Fanny Cediel de F

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION** **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 29/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Sandra Milena Calderon Castillo

CENTRO ZONAL: Garzon

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo psicosocial.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta: muy buena la forma en que nos orientan

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 28/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Clara Ines Rojas

CENTRO ZONAL: Garzón

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo psicosocial

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?		X		
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Clara Ines Rojas

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0086 01/08/2022 FECHA DE APROBACIÓN 01/08/2022

FECHA: 29/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Vianey Cardinelo

CENTRO ZONAL: Garzón

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo psicosocial

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:
fueron muy amables y respetuosas

Vianey Cardinelo
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31 mayo | 2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Oneida Suarez Andrade

CENTRO ZONAL: Garzón

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Equipo psico-social

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:
Me sentí muy bien durante la visita

Oneida Suarez Andrade
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Ana milena valencia

CENTRO ZONAL: Ca dete

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Paola Andrea Marin Gonzalez

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 30-05-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Disney Garcia Gualteros.

CENTRO ZONAL: LA PLATA

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: LESI CONSTANZA ROJAS MORENO

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

36-382-703.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 22-05-24	HORA: 2:00pm
LUGAR: Fundación Yo te cuido PITALITO	TEMA: Enfermedades raras o catastrofi
DATOS DEL CAPACITADOR: Lina Suarez	

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:	X			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	X			
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.	X			
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.				
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	X			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	X			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 22-Agosto 2024	HORA: 2:pm
LUGAR: Fundacion Yo te Cuido	TEMA: Enfermedades Catastroficas
DATOS DEL CAPACITADOR: Lina Maria Suarez	

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:	✓			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	✓			
3. La calidad del contenido fue de calad durante todo la pedagogia.	✓			
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.	✓			
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	✓			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	✓			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	✓			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	✓			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	✓			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	✓			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	✓			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 22-05-2024. HORA:

LUGAR: FUNDACIÓN YO TE CUIDO. TEMA: ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

DATOS DEL CAPACITADOR: LINA PAOLA JUAREZ

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:	X			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	X			
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.	X			
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.		X		
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.		X		
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	X			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 22 de Mayo HORA: 2 PM

LUGAR: Fundacion Yo te Cuido TEMA: Enfermedades Catastroficas

DATOS DEL CAPACITADOR: Lina Suarez

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:	X			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	X			
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.	X			
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.	X			
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	X			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	X			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 22-05-2024.	HORA: 2 PM.
LUGAR: FUNDACION YO TE CUIDO.	TEMA: ENFERMEDADES CATASTROFICAS.
DATOS DEL CAPACITADOR: LINA MARIA JUAREZ	

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:	X			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	X			
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.		X		
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.	X	X		
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	X			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	X			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 16/05/2024	HORA: 9:00 am.
LUGAR: YO TE CUIDO	TEMA: Nutrición y Crianza
DATOS DEL CAPACITADOR: Lirio Mc Suaza	

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:		X		
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.		X		
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.	X			
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.		X		
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	X			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	X			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 16/05/20	HORA: 9:00 AM
LUGAR: 40 JG WOO	TEMA: AUTOESTIMA Y CELOS
DATOS DEL CAPACITADOR: LINA MARIA SUAREZ	

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:		✓		
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	✓			
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.	✓			
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.	✓			
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	✓			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	✓			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	✓			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	✓			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	✓			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	✓			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	✓			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.	NINGUNO			

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 10/05/2024	HORA: 10:00 AM
LUGAR: YO TE CUIDO	TEMA: AUTOESTIMA Y CRISIS
DATOS DEL CAPACITADOR: LINDA MARQUEZ	

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:	✓			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	✓			
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.	✓			
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.	✓			
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	✓			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	✓			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	✓			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	✓			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	✓			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	✓			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	✓			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.	NO			

Powered by CamScanner

YO TE CUIDO	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA:	17/05/2024	HORA:	2:00 PM
LUGAR:	YO TE CUIDO	TEMA:	AUTOESTIMA Y CELOS
DATOS DEL CAPACITADOR:	LINA MARIA SUAREZ		

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:	X			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	X			
3. La calidad del contenido fue de caliad durante todo la pedagogia.	X			
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.	X			
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	X			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	X			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31 - 05 - 2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: ELVIA YOLIMA SANCHEZ CAUPAZ

CENTRO ZONAL: LA PLATA

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: María Magdalena Quintero Chaux

CENTRO ZONAL:

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Magdalena Quintero

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022
		FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Leidy Constanza Gomez

CENTRO ZONAL:

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda) ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:
Muchas Gracias Por su gran Acompañamiento.

Leidy Constanza Gomez
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022
		FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Mireya Chimbaco main

CENTRO ZONAL: La Dorada

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Paola Andrea Marin Gonzalez

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Mireya Chimbaco

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31-05-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: OLGA BEATRIZ SOLORZANO

CENTRO ZONAL: LA PLATA

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31 mayo/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: maryen Narvaez

CENTRO ZONAL: Pto

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Rocio Vargas

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?		

Observacione de la Madre Sustituta:

Maryen Narvaez

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

124

YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION** **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31- Mayo- 2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Oriana Diaz Molina.

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katheryne Ramos Salazar.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31- Mayo -2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Elsa María Rojas

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katheryne Ramos Valencia

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION** **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31- Mayo-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Olga Lucia Rojas Rivas

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katerine Ramos Suarez.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Olga Lucia Rojas.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION** **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31-MAYO-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yadis Paola Hoyos Osorio

CENTRO ZONAL: Piloto

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katheryne Nunez Salazar

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Yadis Paola Hoyos

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31 - Mayo - 2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Elda María Rojas

CENTRO ZONAL: Piloto

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katherine Nemes Sebastián

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31/05/24

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: KAREN DARIANA CALDERON

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Paola Carolina Vargas.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	✓			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	✓			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	✓			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	✓			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	✓			
	✓			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	✓	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	✓	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	✓	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	✓	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	✓	

Observacione de la Madre Sustituta:

KAREN DARIANA CALDERON.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 30 mayo 24.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Ingrid Kelly Urbano.

CENTRO ZONAL: Vitalito.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Rocio Vargas.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Ingrid Kelly Urbano

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31- MAYO-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Olga Lucia Rojas Rivas

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katerine Ramos Suarez.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Olga Lucia Rojas.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

SGI.

Powered by CamScanner

PROSPERIDAD SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31- Mayo- 2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Omaira Diaz Molina.

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katerine Ramos Salazar.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 31-MAYO-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yadis paola Hoyos osorio

CENTRO ZONAL: Piñalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katerine Nunez Salazar

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	✓			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	✓			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	✓			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	✓			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	✓			
	✓			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	✓	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	✓	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	✓	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	✓	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	✓	

Observacione de la Madre Sustituta:

Yadis paola Hoyos

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FGTC-[illegible] VERSIÓN FECHA DE APROBACIÓN [illegible]

FECHA: 31/05/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: YULI DORA ROJAS

CENTRO ZONAL: PITALITO

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: ROCIO CAROLINA VARGAS

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta:

Yuli Dora Rojas

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, no presenta soportes por dichos conceptos según clausula tercera (3) del eje de Calidad "3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio.", dado que a la fecha no se han recibido ninguna solicitud al respecto.

Neiva – 07 de junio del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 03	
Hora: *3:OO PM a 4:00 PM*	**Fecha:** *10 de Mayo 2024*
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA HOGAR SUSTITUTO GARZON*
Dependencia que Convoca:	*EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	*MISIONAL PROTECCION*
Objetivo:	*La fundación social yo te cuido gestionará de manera efectiva las solicitudes recibidas a través del buzón de sugerencias garantizando una respuesta oportuna y adecuada a las necesidades y preocupaciones planteadas por las madres sustitutas y el talento humano.* *Proporcionar una respuesta formal a cada solicitud dentro de los plazos establecidos brindando una explicación Clara de las acciones tomadas a las medidas propuestas para abordar el problema o la sugerencia.*

Agenda:

- Apertura de Buzón.
- Observaciones.

Siendo las 3:00 PM horas del día 10 del mes de mayo del año 2024, con la presencia de los profesionales: LAURA ALEJANDRA SOTO, KAREN YESENIA ALVARES, MARIA ALEJANDRA TRUJILLO, JESSICA LORENA GARZON, con presencia de la representante de los beneficiarios SHARITH MARIANA SERRANO y representante de las madres sustitutas PAOLA LILIANA BARRERA se procedió a dar apertura al "BUZON DE SUGERENCIAS" de la Fundación Social Yo Te cuido, en presencia de los asistentes se ha verificado que no existe ninguna violación del candado y seguridad instalada en la cerradura del mismo, por lo anterior, se inicia al cumplimiento del siguiente orden del día:

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

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

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

De igual manera se mantendrán abiertas las líneas de comunicación y estar preparados para abordar cualquier inquietud que pueda surgir es fundamental para garantizar la calidad y la eficacia de los servicios proporcionados por la Fundación Yo Te Cuido en la modalidad de hogar sustituto en la sede Garzón.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



Registro fotográfico de las evidencias apertura Buzón 10/Mayo/2024 en la unidad administrativa de la Fundacion Social Yo Te Cuido sede Garzón

Powered by CamScanner

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
N/A	N/A	N/A

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
JESSICA CARZON	GESTORA DE CASO	F.S. YO TE CUIDO	
Karen Yesenia Alvarez C.	Trabajadora Social	F.S Yo te Cuido	Karen Yesenia Al
Laura Fernández Soto	Psicologa	F.S. Yotecuido	Laura Fernande
Mª Alejandra Trujillo	Aux Administrativa	F S yotecuido	M Quej.
JESSICA LORENA G			
Paola Barrera F.	M/S	F.S YoTeCuido	Paola Barrera

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	24 MAYO 2024	3:00 PM	SEDE ADMINISTRATVIA
Colaborador que elabora el acta:	EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO		

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 04	
Hora: *3:OO PM a 4:00 PM*	**Fecha:** *24 de Mayo 2024*
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA HOGAR SUSTITUTO GARZON*
Dependencia que Convoca:	*EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	*MISIONAL PROTECCION*
Objetivo:	*REVISAR LAS PETICIONES QUEJAS RECLAMO SUGERENCIAS Y DENUNCIAS ENTREGADAS POR LAS MADRES SUSTITUTA Y/O TALENTO HUMANO A TRAVÉS DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO SEDE GARZÓN DE INFORMACIÓN ANTES RELACIONADA PARA PROCEDER EN SU TRÁMITE DANDO UNA OPORTUNIDAD RESPUESTA EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.*

Agenda:

- Apertura de Buzón.
- Observaciones.

Siendo las 3:00 PM horas del día 24 del mes de mayo del año 2024, con la presencia de los profesionales: LAURA ALEJANDRA SOTO, KAREN YESENIA ALVARES, MARIA ALEJANDRA TRUJILLO, JESSICA LORENA GARZON, con presencia de la representante de los beneficiarios LUZ ANGELA SIERRA VILLANI y representante de las madres sustitutas CLARA INES ROJAS se procedió a dar apertura al "BUZON DE SUGERENCIAS" de la Fundación Social Yo Te cuido, en presencia de los asistentes se ha verificado que no existe ninguna violación del candado y seguridad instalada en la cerradura del mismo, por lo anterior, se inicia al cumplimiento del siguiente orden del día:

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

Powered by CamScanner

OBSERVACIONES:

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

De igual manera se mantendrán abiertas las líneas de comunicación y estar preparados para abordar cualquier inquietud que pueda surgir es fundamental para garantizar la calidad y la eficacia de los servicios proporcionados por la Fundación Yo Te Cuido en la modalidad de hogar sustituto en la sede Garzón.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



Registro fotográfico de las evidencias apertura Buzón 24/Mayo/2024 en la unidad administrativa de la Fundacion Social Yo Te Cuido sede Garzón

Powered by CamScanner

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
N/A	N/A	N/A

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Mª Alejandra Trujillo	AOX Administrativa	F.S. yo te cuido	
Karen Yasmin Alvarez C.	Trabajadora Social	F.S Yo Te Cuido	
Laura Tatiana Sierra Soto	Psicologa	F.S. Yo te cuido	
JESSICA LORENA CARZÓN	GESTORA DE CASO	F.S. Yo te Cuido	
Clara Ines Rojas	MS	F.S Yo te Cuido	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	07 JUNIO 2024	3:00 PM	SEDE ADMINISTRATVIA
Colaborador que elabora el acta:	EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO		

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°02	
Hora: 4:00 PM	**Fecha: 24/05/2024**
Lugar:	**Calle 1ª número 5-52 Barrio Trinidad; Pitalito Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".**
Dependencia que Convoca:	**COORDINADOR -EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**
Proceso:	**MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Realizar primera apertura "BUZÓN DE SUGERENCIAS"**

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- 2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- 3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

Desarrollo:

Siendo las 4:00 pm en el municipio de Pitalito Huila especialmente en la sede administrativa de "LA FUNDCION SOCIAL YO TE CUIDO", se realizó un saludo cordial y se dio apertura al buzón de sugerencias PQRSF, junto a coordinación general, el equipo interdisciplinario, personal administrativo, la apertura representa una forma de evaluar el servicio que brinda la fundación. A través de este mecanismo, los usuarios podrán expresar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de manera libre y confidencial.

Siendo evaluado el servicio de esta manera de forma:

Se apertura del buzón no se presentó ningún escrito por parte de los usuarios y madres sustitutas de la modalidad.

Finalmente se da por terminado el espacio de apertura.

Decisiones:

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

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

Registro Fotográfico:

Powered by CamScanner



Compromisos	Tareas Responsables		Fechas
Continuar reforzando estos espacios de servicio.	Gestora de caso y equipo interdisciplinario		Durante la ejecución del contrato
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
LINA MARIA SUAREZ LLANOS	PSICOLOGA.GESTOR DE CASO	YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	24/05/2024	4:00 PM	OFICINA PITALITO

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

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

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3	
Hora: 10:00 AM	**Fecha: 10/05/2024**
Lugar:	**Calle 13 N. 5E-34 barrio villa del prado la Plata Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".**
Dependencia que Convoca:	**EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**
Proceso:	**MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Realizar tercera apertura "BUZÓN DE SUGERENCIAS"**

Se inicia a las 10:00 AM contando con la participación del equipo psicosocial y las madres sustitutas Yohaira Arandia, Disney García, Dayana Diaz y la usuaria Karen Sofia Cáceres.

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

Se procedió a la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, una vez se realiza la apertura tanto física son encontrados varios formatos de peticiones y felicitaciones, los cuales son interpuestos por las madres sustitutas anteriormente nombradas:

Peticiones

Madre Disney García- Solicita que la fundación gestione y brinde un bus para que realice una ruta escolar y que todos los usuarios puedan utilizarlo, ya que le es muy difícil ir a varios colegios a dejar a los usuarios que entran a clases en el mismo horario. También solicita que la fundación tenga un botellón de agua para el equipo en general. Y que los viáticos sean enviados oportunamente para el cumplimiento de las citas con las especialidades de salud.

Felicitaciones

Dayana Katerin Diaz- Felicita al equipo psicosocial de la fundación social yo te cuido, por la atención oportuna y las gestiones realizadas y el gran apoyo que brindan como equipo.

Yohaira Arandia Martinez- Felicita al equipo psicosocial de la fundación social yo te cuido, por la atención oportuna y las gestiones realizadas y el gran apoyo que brindan como equipo.

Por último una usuaria participa del buzón, la cual es Karen Sofia Cáceres, quien solicita que se brinde un refrigerio luego de cada capacitación.

Finalmente se establece la próxima fecha para la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la Modalidad ,para la fecha (24-05-2024) de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Implementación del Modelo de Atención, dirigido a los niños, niñas y los adolescentes en las Modalidades de Restablecimiento de Derechos esta apertura se realizara una vez cada quince días de manera presencial en las Instalaciones del Operador; se procede al cierre del buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la modalidad de forma presencial .

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

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

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

. Evidencia fotográfica

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

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

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





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

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

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

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

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

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Paula Andrea Ulaun	Psicologa	Yo te cuido	
Dianey Garcia	MS	Yo te cuido	
Tatiana Aranda	MS	Yo te cuido	Tatiana Aranda.
Cindy Daniela Andrade	Auxiliar	Yo te cuido	
Laura Daniela Ulanche Narvaez	Gestora de caso	Yo te cuido	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	24/05/2024	10: 00 AM	Sede Yo te cuido La Plata-Huila

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

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

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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°4	
Hora: 10:00 AM	**Fecha: 24/05/2024**
Lugar:	**Calle 13 N. 5E-34 barrio villa del prado la Plata Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".**
Dependencia que Convoca:	**EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**
Proceso:	**MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Realizar la cuarta apertura "BUZÓN DE SUGERENCIAS"**

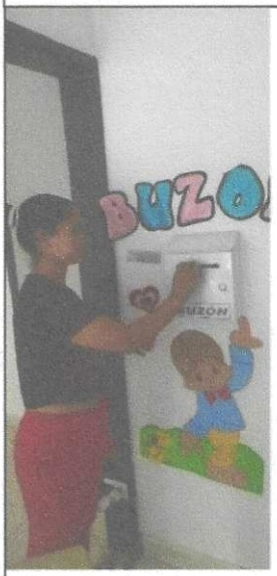
Se inicia a las 10:00 AM contando con la participación del equipo psicosocial y la madre sustituta Olga Beatriz Solorzano.

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

Se procedió a la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, una vez se realiza la apertura física se encuentra una petición realizada por la madre sustituta.
Peticiones
Madre Olga Beatriz Solorzano- quien solicita que se tenga la programación de las actividades a realizar y las respectivas capacitaciones, para que ellas se programen y puedan dar cumplimiento a cada una de ellas, ya que, requieren un tiempo y un rubro para desplazarse a la fundación.
Finalmente se establece la próxima fecha para la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la Modalidad ,para la fecha (07/06/2024) de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Implementación del Modelo de Atención, dirigido a los niños, niñas y los adolescentes en las Modalidades de Restablecimiento de Derechos esta apertura se realizara una vez cada quince días de manera presencial en las Instalaciones del Operador; se procede al cierre del buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la modalidad de forma presencial .
Como compromisos se espera: Continuar en la promoción del mecanismo de participación denominado Buzón de sugerencias
Continuar informando a las madres sustitutas, niños, niñas , adolescentes , familia biológica o red extensa que la Fundación Social yo te cuido cuenta con un buzón en la sede.
continuar extendiendo la invitación a las madres sustitutas y a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad que hagan usos activamente de esta herramienta de participación indicada en el Manual Operativo Modalidad de Acogimiento Familiar y el Lineamiento del Modelo de Atención , el equipo continuará invitando a las madres y Usuarios a través de las atenciones mensuales.

. Evidencia fotográfica

PUBLICA



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

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

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

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Laura Daniela Olaya Ch.	Psicologa Gestora de caso	Yo te cuido	
Cindy Daniela Andrade	Aux Administrativo.	Yo te cuido	
Paola A	Psicologa	Yo te cuido	
Olga Beatriz Solorzano	MS	Yo te cuido	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	07/06/2024	10: 00 AM	Sede Yo te cuido La Plata-Huila

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

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

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

La Plata, Huila 30 de mayo del 2024

BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada
No. 20244700300053962 Código Web: UYFIY/EG41itHP7J9Qb+SxKrFhs=
Radicador: Yury Cotacio Fecha: 30/05/2024 10:52:07 Folios: 7
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata (Huila)
Asunto: ACTAS DE BUZON DE SUGERENCIAS DEL M

DOCTORA:

CLAUDIA LILIANA VIDAL FLORIANO
Coordinadora Centro Zonal La Plata
Calle 5B No. 9ª -05 barrio Villa Isabella
La Plata - Huila

Asunto: Actas de buzón de sugerencias del mes de Mayo

Me permito adjuntar las actas de apertura del buzón del mes de mayo del 2024 realizadas en la Fundación Social Yo te Cuido Sede La Plata.

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente:

PAOLA ANDREA MARÍN GONZÁLEZ
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos.
Fundación Social Yo te Cuido

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°01	
Hora: 5:00 PM	**Fecha: 10/05/2024**
Lugar:	**Calle 1ª número 5-52 Barrio Trinidad; Pitalito Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".**
Dependencia que Convoca:	**COORDINADOR -EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**
Proceso:	**MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Realizar primera apertura "BUZÓN DE SUGERENCIAS"**

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- 2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- 3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

Desarrollo:

Siendo las 5:00 pm en el municipio de Pitalito Huila especialmente en la sede administrativa de "LA FUNDCION SOCIAL YO TE CUIDO", se realizó un saludo cordial y se dio apertura al buzón de sugerencias PQRSF el equipo interdisciplinario junto a la usuaria Laura Bocanegra, la apertura representa una forma de evaluar el servicio que brinda la fundación. A través de este mecanismo, los usuarios podrán expresar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de manera libre y confidencial.

Siendo evaluado el servicio de esta manera de forma:

Se apertura del buzón no se presentó ningún escrito por parte de los usuarios y madres sustitutas de la modalidad.

Finalmente se da por terminado el espacio de apertura.

Decisiones:

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

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

Registro Fotográfico:

Powered by CamScanner





Compromisos	Tareas Responsables		Fechas
Continuar reforzando estos espacios de servicio.	Gestora de caso y equipo interdisciplinario		Durante la ejecución del contrato
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
LINA MARIA SUAREZ LLANOS	PSICOLOGA.GESTOR DE CASO	YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	24/05/2024	4:00 PM	OFICINA PITALITO

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EN CONSECUENCIA:

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

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

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

PUBLICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.

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



YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
REPRESENTANTE LEGAL FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

PÚBLICA

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, no se presentó ningún incidente de seguridad que pudiera afectar la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información.

Esta certificación se emite a solicitud de ICBF en cumplimiento del EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION

Neiva – 07 de junio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, , no se presentó ningún incidente de seguridad que pudiera afectar la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información.

Esta certificación se emite a solicitud de ICBF en cumplimiento del EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIONNeiva –

07 de junio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

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

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	KAREN YESENIA ALVAREZ
CARGO	TRABAJADORA SOCIAL.
PROCESO	HOGAR SUSTITUTO.
NOMBRE JEFE INMEDIATO	YODI PAHOLA AGUIRRE
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

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

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 27/04/2024 Fecha de Terminación 30/06/2024.

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

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

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

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

Yody Barragán
Quien realiza la inducción

KAREN ALVAREZ.
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Lady Alejandra Barragan Chaux
CARGO	Coordinadora.
PROCESO	Hogar sustituto.
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yudi Paola Aguirre Losada.
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☑

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Lady Constanza Reyes Moreno.
CARGO	Trabajadora social.
PROCESO	Hogar sustituto.
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Yudi Paola Aguirre Losada.
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☒ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

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

Duración de la induccion: Fecha de Inicio 01-05-2024 Fecha de Terminación 30-06-2024.

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

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

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

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

Lady Barragan
Quien realiza la inducción

Lady Constanza Reyes.
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCAL YO TE CUIDO

CERTIFICA

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

La presente se expide en NEIVA a los 30 días del mes de mayo del año 2024.

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal

PÚBLICA

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, , no se presentó ningún incidente y/o accidente, manteniendo un entorno de trabajo seguro cumpliendo así con los estándares de seguridad establecidos.

Esta certificación se emite a solicitud de ICBF en cumplimiento del SEGUIRDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

07 de junio del 2024

Atentamente,



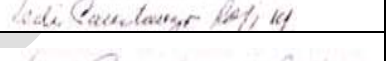
YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	LEDY CONSTANZA ROJAS MORENO
CÉDULA	**41.709.789**
CARGO	TRABAJADORA SOCIAL

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

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

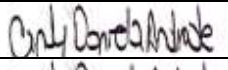
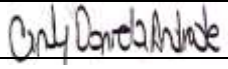
PÚBLICA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

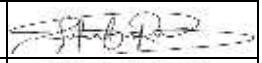
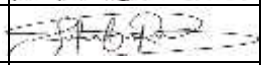
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	**KAREN YESENIA ALVAREZ**
CÉDULA	**1004442110**
CARGO	TRABAJADORA SOCIAL

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

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

PÚBLICA

PÚBLICA

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

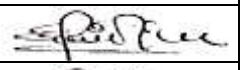
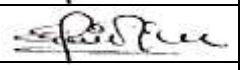
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

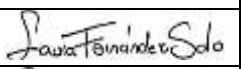
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

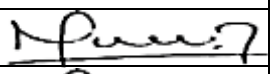
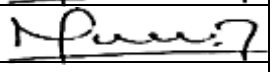
PÚBLICA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

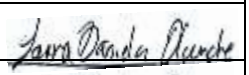
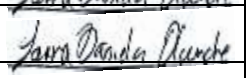
PÚBLICA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

PÚBLICA

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

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

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

PÚBLICA

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

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

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



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

CERTIFICADO DE APTITUD

FECHA DE CERTIFICACIÓN: 26-04-2024

NOMBRE Y APELLIDO: KAREN YESENIA ALVAREZ CAICEDO **C.C No:** 1004442110

CARGO: CONTRATISTA **DEPENDENCIA:** **EDAD:** 24 AÑOS

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO **DIRECCION:** BARRIO SANTA CLARA GARZON HUILA

EXAMENES PRACTICADOS

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

LABORATORIO: NO REALIZO

RAYOS X: NO REALIZO

OPTOMETRIA: NO REALIZO

AUDIOMETRIA: NO REALIZO

ESPIROMETRIA:

PSICOLOGIA: NO REALIZO

ELECTROCARDIOGRAMA: NO REALIZO

VERTIGO - MANIOBRAS: POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

EXAMEN A REALIZAR DE INGRESO / PERIODICO / EGRESO

APTO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU LABOR: ☐

APTO CON RESTRICCION ☐ MOTIVO:

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS ☐ MOTIVO:

APLAZADO ☐ MOTIVO:

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

EXAMEN PERIODICO

PERIODICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR ☐

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS ☐

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO ☐ MOTIVO:

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ☐ NO ☐

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

REMISION A E.P.S ☐ INICIO DE ACTIVIDAD FISICA ☐

CONTINUAR A A.R.P ☐ DEJAR DE FUMAR ☐

SEGUIMIENTO CASO POR A.R.P ☐ REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL ☐

CONTROL DE PESO ☐

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

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

FIRMA DEL MEDICO
REGISTRO 972/97
ISO 1180/2022

Karen Yesenia Alvarez

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No: 1004442110

Powered by CamScanner

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero...!!

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 33.257

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	05 MES	2024 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

FUNDACION YO TE CUIDO

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ROJAS MORENO LEDI CONSTANZA	FEMENINO	68 AÑOS 4 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	41709184 (Número)

Cargo
TRABAJADORA SOCIAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓	----------

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

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

Código de Seguridad
F631L1R33257

Aspirante o Trabajador

Ledi Rojas

Firma:

Nombre: ROJAS MORENO LEDI CONSTANZA

CC: 41709184

Powered by CamScanner

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, no se realizaron cambios en el plan de emergencias, no se presentan novedades en la infraestructura ni en los alrededores de la misma que representen un eminente peligro

Esta certificación se emite a solicitud de ICBF en cumplimiento del SEGUIRDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

07 de junio del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACION SOCAIL YO TE CUIDO

Con relación a la obligación contractual *"Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad".*

Se certifica mediante la presente que para el contrato Nº 41002102024de fecha 27 de marzo del 2024, se implementaron buenas prácticas ambientales durante la ejecución del contrato, obteniendo principalmente los siguientes resultados:

Buena práctica ambiental	Describir las actividades realizadas	Registro fotográfico
Ahorro y uso eficiente de agua	*Las llaves para el suministro de agua no tienen goteras ni daños en tuberías donde se evidencia desperdicio de agua,*	
Ahorro y uso eficiente de energía	*Los espacios de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y La plata cuenta con espacios con amplia iluminación natural lo que no requiere que en el día se deba prender bombillos.* *Del mismo modo, las sedes cuentan con bombillos ahorradores de energía .*	
Ahorro y uso eficiente de papel	*En la fundación social yo te cuido todos los documentos son impresos a doble cara siempre y cuando se requiera de manera obligatoria la presencia de la documentación en física.*	
Manejo de residuos	***Separación en la fuente**: La fundación social yo te cuido cuenta tres puntos ecológicos ubicados respectivamente en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata.*	

PÚBLICA

Dado en Neiva , el 31 de mayo de 2024

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal
C.C. 36.347.141 de Campoalegre

PÚBLICA

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

REQUERIMIENTO - CONSULTA - SE PITALITO 09/04/2024

REQUERIMIENTO

CIUDADANO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
TIPO DE REQUERIMIENTO	TRÁMITE
ASUNTO	Acta de inspección, vigilancia y control a establecimiento.
No. RADICADO	**PIT2024ER002485**
FECHA CREACIÓN	09/04/2024 17:48:21
OTRA ENTIDAD	
RADICADO OTRA ENTIDAD	
FECHA VENCIMIENTO	
ESTADO	ABIERTO
FECHA FINALIZADO	

RESPUESTA

No hay registros para mostrar

CONTENIDO

Cordial saludo

Por medio de la presente, la Fundación Social Yo Te Cuido solicita la visita para que sea otorgado Concepto Sanitario para la casa ubicada en la dirección: Carrera 1B número 13A -16 barrios los Andez en el municipio de Pitalito - Huila.

Lo anterior teniendo en cuenta que en la dirección mencionada operara una sede de la Fundación Social Yo Te Cuido.

Atentamente,

Fabian Andres Lamilla Galvis
Coordinador
Fundación Social Yo Te Cuido
Cel. 3147846986

ADJUNTOS

CORRESPONDENCIA EXTERNA RELACIONADA

No hay registros para mostrar

FECHA	DOCUMENTO	USUARIO
09/04/2024 17:48:21	7. CAMARA DE COMERCIO FUNDACION.pdf	9014967029
09/04/2024 17:48:21	2. RUT FUNDACION.pdf	9014967029

NOVEDADES

FECHA CREACIÓN	ESTADO	NOVEDAD	COMENTARIO
09/04/2024 05:48:21 pm	ABIERTO	EL REQUERIMIENTO SE CREÓ CON EL NÚMERO DE RADICADO PIT2024ER002485	
09/04/2024 05:48:21 pm		ACTUALIZACIÓN DOCUMENTO	EL USUARIO 9014967029 ADJUNTÓ EL DOCUMENTO: 7. CAMARA DE COMERCIO FUNDACION.pdf
09/04/2024 05:48:21 pm		ACTUALIZACIÓN DOCUMENTO	EL USUARIO 9014967029 ADJUNTÓ EL DOCUMENTO: 2. RUT FUNDACION.pdf

[1 a 3 de 3]

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, no se manejan residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la prestación del servicio.

07 de junio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

La salud es de todos | Minsalud

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Huila
ACTA GENERAL
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

CIUDAD Garzon | FECHA 11-04-2024 | ACTA N° 41-298-01

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] | Establecimientos de Espectáculo Público [ ] | Establecimientos de Diversión Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Secretaria Salud Dptal

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL Fundación Social yo te cuido
*CÉDULA / NIT 901496702 9
*NOMBRE COMERCIAL Fundacion social yo te cuido
*DIRECCIÓN Cll 14 # 3-80 | MATRICULA MERCANTIL
*DEPARTAMENTO Huila | *MUNICIPIO Garzon

Barrio X | Vereda | Comuna | Localidad
Sector | Corregimiento | Caserio | UPZ
Otro [ ] Cuál: Santa Clara

TELÉFONOS 3115661665 | CORREO ELECTRONICO HSAUXILIARADMINISTRATIVO@FUNDACIONYOTECUIDO.COM
CORREO ELECTRÓNICO *HSAUXILIARADMINISTRATIVO@fundacionyotecuido.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO Yuli Paola Aguirre Losada
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento 36347141
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Yuli Paola Losada
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento 36347141
CORREO ELECTRÓNICO *HSAUXILIARADMINISTRATIVO@fundacionyotecuido
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cll 6 # 7E 40

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [ ] NO [ ]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA *HSAUXILIARADMINISTRATIVO@fundacionyotecuido.com
*DEPARTAMENTO Huila | *MUNICIPIO Garzon
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO 8a12 y 2 a 5 Lunes a Viernes | N° DE TRABAJADORES 3
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES 5
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 5
CÓDIGO CIIU SI [ ] NO [ ] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD fundacion.

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	%DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N°ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	SOLICITUD DE PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.

OTRO | Especifique:

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medi Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

Powered by CamScanner

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)	✓		
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	✓		
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	✓		
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.	✓		

I. CONDICIONES LOCATIVAS,SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores.mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	5 ✓	2.5	0		5
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	4 ✓	2	0		4
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antidesizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4 ✓	2	0		4
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	4 ✓	2	0		4
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas especificas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	3 ✓	1.5	0		3
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antidesizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	4 ✓	2	0		4
1.7	La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979)	3 ✓	1.5	0		3
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3 ✓	1.5	0		3
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 30 % del total del acta

2.CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10 ✓		0		C
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	6 ✓	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4 ✓	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 20 % del total acta

Powered by CamScanner

4 CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	0		4
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 de 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		3
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		2
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		3
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2.5	0		5
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		3
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 20 % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
0,0 100%	FAVORABLE X	95%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%
	DESFAVORABLE	< 49,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte de Establecimiento:

Powered by CamScanner

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO X

☐ Clausura temporal total	☐ Decomiso	☐ Vacunación personas o animales
☐ Clausura temporal parcial	☐ Destrucción o desnaturalización	☐ Destrucción o desnaturalización
☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐ Congelación	☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
☐ Suspensión total de trabajos o servicios	☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles	☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda
☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades		

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	/
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 10 del mes de Abril del año 2024 en la Ciudad de Cali.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Ana Maria Lopez Cano	NOMBRE:
CÉDULA: 55197660	CÉDULA:
CARGO: T. Sanitario	CARGO: /
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud Dpto.	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: ERICA. A. O	FIRMA:
NOMBRE: ERICA ALVARADO ORTIZ	NOMBRE:
CÉDULA: 1.070.606.623	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: FUNDACION SOCIAL 40 DE CUBA	INSTITUCIÓN:
CARGO: Trabajadora Social.	CARGO: /

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Dptal.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL HUILA
ACTA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL
ESTABLECIEMIENTOS DE BAJO RIESGO

SOMOS, SOMOS HUILENSES, GRANDES — Gobernación del Huila

Acta No. 41396-001

INFORMACION GENERAL

OBJETO DE LA VISITA		SEGUIMIENTO DE VISITA		DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD
Visita de oficio	X	VISITA	FECHA	1-10
Solicitud oficial		Visita Inicial	16-05-2021	DEPARTAMENTO, CIUDAD O MUNICIPIO
Notificación comunitaria /queja		1º Control		Huila Neiva
Solicitud del interesado		2º Control		FECHA DE VISITA
		3º Control		16-05-2021

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón social	Fundacion Social Yo Fogueado	NIT. No.	901196702-9
Dirección y Barrio	Cll 3 5-34 Villa del Prado	Teléfono	3206199497
Representante Legal	Paola Andrea	C.C	36347141
Tipo de Establecimiento (subcategoría)		Observaciones:	e-mail: fundacionyo@...

Nº de Servicios sanitarios	2	Hombres	1	Empleados	Hombres		Personal administrativo	Hombres	
		Mujeres	1		Mujeres			Mujeres	
Agua potable	Si	Nº de tanques	A/to	Ubicación	1	Capacidad (m3)		Fecha último lavado	

POBLACIÓN

Población existente	Empleados	Hombres		Operativos	Hombres		Personal administrativo	Hombres	
		Mujeres	5		Mujeres			Mujeres	
Nº de empleados afiliados Riesgos Profesionales.				Nº de empleados afiliados al Sistema de Seguridad Social					

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC **Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)**

Aspectos generales a inspeccionar	Calificación / Cumplimiento C	CP	NC	NA	OBSERVACIONES
1. CONDICIONES LOCATIVAS					
1.1. Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc.	2/	1	0	NA	
1.2. Elementos de control local de emergencias	2/	1	0	NA	
1.3. Equipos de comunicación	2/	1	0	NA	
1.4. Sistema electrico (protección)	2/	1	0	NA	
1.5. Sistemas de conducción de vertimientos domesticos.	2/	1	0	NA	
2. CONDICIONES SANITARIAS					
2.1. Los servicios sanitarios están en cantidades suficientes separados por sexo y con los elementos necesarios para su servicio (papel, jabon, toalla) y claramente visible el instructivo de lavado de manos.	2/	1	0	NA	
2.2. El estado general del la edificación permite el funcionamiento adecuado y conforme a lo requerido en la legislación sanitaria.	2/	1	0	NA	
2.3. Presenta recipientes en buen estado, con tapa para almacenamiento de residuos sólidos (ordinarios, reciclables y peligrosos)	2/	1	0	NA	
2.4. Presenta el Programa de limpieza y desinfección. Se solicita copia para su seguimiento y validez de la calificación.	2/	1	0	NA	
2.5. El control de plagas la realiza con una empresa Aplicadoras de plaguicidas terrestre, avalada por la autoridad sanitaria competente	2/	1	0	NA	
2.6. No hay Presencia de plagas (artrópodos, roedores, insectos)	2/	1	0	NA	
3. SALUD OCUPACIONAL					
3.1. Afiliación a ARL Y EPS . Entregar soporte.	2/	1	0	NA	
3.2. Plan de evacuación ante una emergencia. Solicitar Copia documento	2/	1	0	NA	
3.3.Existe botiquín dotado y camilla, extintores o gabinetes contra incendios cargados y están señalizados para la prestación de primeros auxilios.	2/	1	0	NA	
3.4. Dotación de elementos de protección personal conforme a la actividad desarrollada. Solicitar Copia de constancia de entrega de EPP a empleados.	2/	1	0	NA	
4. ESPACIOS 100% LIBRES DE HUMO					
4.1. Existe un aviso en un lugar visible al público de acuerdo a la Ley 1335 de 2008 señalización visible al público que desestimule el consumo de cigarrillo.	2/	1	0	NA	
4.2. No cuenta con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. Ej: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros.	2/	1	0	NA	
Resultados Obtenidos (Sumatoria de columnas 2 y 1)					

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Hogar sostenido

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de ____días, contados a partir del _____, del mes del ____de _____de acuerdo a la Ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios, Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

CONCEPTO DE LA VISITA

CALIFICACION		RESULTADO OBTENIDO EN PORCENTAJE (%)
34 - 31	FAVORABLE (100% - 90%)	100%
30 - 16	FAVORABLE CON REQUERIMIENTO (89% - 51%)	
17 - 0	DESFAVORABLE (50% - 0%)	

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA		PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	
NOMBRE	Angela Sofia Ocoro	NOMBRE	Paola Andrea Mar.
CC.	55170233	CC.	36347141
CARGO	Tec. Sanitaria	CARGO	Tesorera
FIRMA		FIRMA	

Powered by CamScanner

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, no s transportes o manejo de combustibles en la prestación de servicio.

Esta certificación se emite a solicitud de ICBF en cumplimiento del SEGUIRDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

07 de junio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

CONCEPTO SANITARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO SEDE PITALITO

De FABIAN LAMILLA <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>
Para <Edna.Gaitan@icbf.gov.co>
Cc Hogarsustituto <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Fecha 2024-05-30 15:37

Pitalito, 30 de mayo de 2024

Doctora

Edna Gaitán

Profesional GAT

Cordial Saludo,

Por medio del presente te envió la solicitud que se hizo ante la secretaria de salud del municipio de Pitalito solicitando la visita para el concepto sanitario.

Recibimos visita errada por parte de la persona de la secretaria (por manipulación de alimentos) el día 28 de mayo del presente año pero no era la persona idónea para dar el concepto sanitario.

De acuerdo a lo anterior la persona que realizo dicha visita nos indica que hizo el direccionamiento y esta re-programada para el día 31 de mayo 2024.

Atentamente,

--
FABIAN ANDRES LAMILLA GALVIS
COORDINADOR MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO
3147846983

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, no hubo cambios en los productos para el aseo y desinfección, por lo tanto, la matriz de compatibilidad, inventario de productos químicos, hojas de seguridad, lista de chequeo manejo seguro de sustancias químicas seguirán siendo iguales para las sedes de LA PLATA, GARZON Y PITALITO.

Esta certificación se emite a solicitud de ICBF en cumplimiento del SEGUIRDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

07 de junio del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, no conto con infraestructura que tenga trampas de grasa ni planta de tratamiento de agua.

07 de junio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, cuenta con el Plan de Saneamiento y registros de cumplimiento. centros zonales: La Plata, Garzón y Pitalito, y se encuentra dentro de los parámetros trimestrales para ser ejecutado.

Esta certificación se emite a solicitud de ICBF en cumplimiento del EJE DE GESTION AMIENTAL.

07 de junio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Adjuntamos presunto abandono irregular

hsauxiliaradmnistrativoplata@fundacionyotecuido.com
<hsauxiliaradmnistrativoplata@fundacionyotecuido.com>

Mar 28/05/2024 9:14 PM

Para:Coordinadorzona1hs <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>;comisariadefamilia@laargentina-huila.gov.co <comisariadefamilia@laargentina-huila.gov.co>;Claudia.Vidal@icbf.gov.co <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>

1 archivos adjuntos (454 KB)

CamScanner 28-05-2024 20.47.pdf;

Cordial saludo Doctor Alexis, adjuntamos reporte de presunto abandono irregular de la adolescente KAREN SOFIA CACERES ARGOTI de la unidad de madre YOHAIRA ARANDIA.

Muchas gracias

-

CINDY DANIELA ANDRADE
PSICOLOGA

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
3124564343 - 3175733713

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 2	
Hora: 2:00 PM	**Fecha: 20 de mayo del 2024**
Lugar:	Sede Administrativa Fundación Social Yo Te Cuido Sede La Plata Huila
Dependencia que Convoca:	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
Proceso:	Encuentros biológicos
Objetivo:	Fortalecimiento estilo de crianza (autoritario democrático y permisivo)

1. Saludo

Siendo las 11:00 AM se dio inicio al encuentro formativo a padres y madres biológicos, se inició con un cordial saludo a cargo del equipo psicosocial de la Fundación Social Yo Te Cuido, quienes dan a conocer el tema a trabajar.

2. Desarrollo: Se realiza una actividad rompe hielo para todos los participantes, tanto para madres, padres biológicos donde se les pide que comenten que acciones creen que deben cambiar para o mejorar antes del retorno de sus hijos el hogar.
   Es aquí donde varios padres reportan sus debilidades y defectos donde comentan la razón por la que pidieron a sus hijos y las enseñanzas que le ha dejado el proceso de hogar sustituto tanto a ellos como padres como a sus hijos.
   La gestora de caso explica la importancia de realizar autoanálisis e identificar cuáles han sido sus falencias como padres y corregirlas y no culparse por lo sucedido. Dándole importancia al aprendizaje de la experiencia y a evitar que vuelva a retornar el usuario la hogar sustituto o modalidad. Por lo tanto es ideal que tengan en cuanto que la crianza no es solo amor y permisión, sino que se necesita reglas, normas y disciplina para lograr formar un buen ciudadano. Esto le permitirá fortalecer el vínculo familiar de los hogares biológicos.
   Algunos padres biológicos participan y agradecen por brindar estos espacios de capacitación y apoyo a las familias biológicas.
3. Compromisos.

- Continuar con los encuentros biológicos acordados, esto con el objetivo de lograr fortalecer vínculos afectivos de los NNA hacia sus padres, madres y cuidadores
- Los padres, madres y cuidadores deben continuar con todos los trámites pertinentes que exija la autoridad administrativa para el reintegro de los NNA.
- Los asistentes se comprometen a fortalecer las dinámicas familiares.

Evidencias fotográficas

PÚBLICA



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

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

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



PUBLICA



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

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

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

F8.P1.MI	25/01/2024
Versión 8	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: Fortalecimiento estilo de crianza (Autoridad) FECHA 20 de mayo del 2024

HORA INICIAL: 11:00 AM HORA FINAL: 12:00 PM. LUGAR Fundación Social yo fortalezo

DEPENDENCIA LIDER: Psicología Gestora de caso

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Yeison Andres otela	1081411334	Padre	Yo fortalezco	Huila	La plata			3136053559			
2	Liliana Rivera Sanchez	1004174203	Madre	Yo fortalezco	Huila	La plata			3185292095	LilianaRivera25sanchez		Liliana Rivera
3	Pablo Ortiz Polo	12282006	Padre	Yo fortalezco	Huila	La plata			3105288922			
4	Yanneth Reyes	55181900	Padre	Yo fortalezco	Huila	La plata			3105286501			
5	Angi Contreras	1075743903	Madre	Yo fortalezco	Huila	La Plata			3202468344			Angi contreras
6	Daniela Medina	1081421174	Hermana	Yo fortalezco	Huila	La plata			3205049772	daniv0531@gmail.com		
7	Asunciti Quiñonez	52427346	Madre	Yo fortalezco	Huila	La Plata			3702498586			Asunciti Q
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Jairo	Padre	Biologicos	
Yesica	Madre	Biologicos	Yesica
Paola Milena Omet	madre	Biologicos	Paola Milena Omt
~~Adriana~~	Madre	Biologicos	
Edinson Emir Vargas Q	hermano	Biologicos	Emir Vargas
Diana Yizeth Gongas	madre	Biologicos	Diana Yizeth
~~Jose~~	padrastro	Biologicos	
Yon Javier cuneco de Para		Biologicos	Yon Javier
Misladis Yugué	mamá	Biologicos	Misladis

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°03	
Hora: 8:00 AM Y 2:00 PM	**Fecha: 16 Y 17 /05/2024**
Lugar:	**Carrera 1B # 13ª-16 B/ Los Andes Pitalito Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".**
Dependencia que Convoca:	**GESTOR DE CASO- EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**
Proceso:	**MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	Fortalecer acciones en las familias desde **"El Auto Imagen como eje reconocimiento".**

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

1. Saludo

Siendo las 8:00 am se dio inicio al encuentro biológico con familias padres, madres y cuidadores de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a la modalidad de Hogar Sustituto, se extiende un cordial saludo y caluroso por parte del equipo psicosocial de la Fundación Social Yo Te Cuido y en nombre del ICBF.

2. Desarrollo

A continuación, se realiza un espacio de participación donde se les da a conocer el tema de ***autoimagen basada en el rol de reconocimiento personal*** la cual es relevante porque aporta al desarrollo personal, así mismo se resalta la importancia de que como cuidadores se realice una reflexión sobre la temática y la apropien a su vida personal se inicio preguntando:

¿Qué es la autoimagen?

Es la imagen de sí mismo. Determinará sus conductas y sus relaciones y es algo que debe ir construyéndose, cambiando y enriqueciéndose.

Imagen que tienen de sí mismos

Powered by CamScanner

Para ello se realizó un espacio donde pasaban "verse a un espejo "sin decirle al otro denominado el espacio del tesoro.

¿Cómo se construye la autoimagen?

Se construye durante la infancia. Cuando el niño descubre su «yo» como alguien diferente a los demás y se descubre como único. Comienza a construir su autoimagen y lo hace a través de la mirada de sus padres, un espejo en el que se ve reflejado así como el ejercicio inicial que se lleva de reflexión.

El auto concepto es una creencia sobre lo que los niños piensan de sí mismos, que pueden poner en palabras, para describir cómo se ven a ellos mismos. Sin embargo, ***la autoestima*** es una valoración personal, que no expresamos con palabras. Es cambiante al igual que la autoimagen y va cargada de emociones.

La autoestima se forma en base a:

- La valoración de su experiencia.
- Sus competencias físicas.
- Sus resultados académicos.
- Su valoración social, sus relaciones y sus habilidades.

¿Cómo ayudarle a formarse una autoimagen saludable?

Ayudarle a construir una imagen sana que les permita tener una autoestima sólida, les ayudará a construir su identidad. La familia es la base para ello y los padres el modelo a seguir.

En casa:

Ayúdale a ver cuál es su propia imagen sin juzgarle ni etiquetarle decirse una frase en el espejo diaria ejemplo "***como soy de bello, me amo, me quiero***"

¿Por qué es tan importante la autoimagen?

La autoimagen determinará sus conductas frente a muchos aspectos, muchas situaciones en todos los ámbitos de su vida.

Culminada la participación se les menciona a los asistentes que es importante fortalecer la autoimagen como eje principal en auto reconocimiento, tener las herramientas para continuar llevando un proceso de fortalecimiento de vínculos afectivos significativos.

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

Powered by CamScanner

3. Compromisos.

- Queda como compromiso la importancia de que las familias madres y/o cuidadores logren expresar sus propios sentimientos y pensamientos de manera clara y respetuosa, y animarlos a que hagan lo mismo.
- Trabajar en casa la tarea de reconocimiento y amor propio (espejo)

Asistir de manera oportuna y puntual a los encuentros biológicos del mes de junio.

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Asistir oportunamente a los encuentros biológicos programados y debidamente autorizados por la autoridad administrativa.	**Red vincular**	**Vigencia 2024**

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
LINA MARIA SUAREZ LLANOS	PSICOLOGA.-GESTOR DE CASO	YO TE CUIDO	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	POR CONFIRMAR	POR CONFIRMAR	POR CONFIRMAR

REGISTRO FOTOGRAFICO

Powered by CamScanner



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

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FS.P1.38	25/01/2024
Versión 8	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: QUINTAGOL

FECHA: 16 04 / 05 / 2024

HORA INICIAL: 8:00 PM HORA FINAL: 2:00 PM.

LUGAR: 40 TECHO

DEPENDENCIA LIDER: 40 TECHO

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			ANI	PNI
1	Brith Galindez	1083[illegible]	mamá	40 Techo	Huila	PITALITO			[illegible]		Brith	Brith
2	Creidy Lorena Galindez B.	1083[illegible]	Hermana	40 Techo	Huila	PITALITO			3227296974		Creidy Galindez	
3	Leidy Tatiana Barrera	7[illegible]	Cuñada	40 Techo	Huila	PITALITO			3172570077		Leidy Jimenez	
4	Maira Victoria Diaz Vidal	1083[illegible]	Cuñada	40 Techo	Huila	PITALITO			3147698948		Maira Victoria Diaz V.	
5	Ana lucia urbano [illegible]	1[illegible]	mamá	40 Techo	Huila	Pitalito			3136060491		Ana lucia urbano	
6	40 Colinos Hoies											
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

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

Powered by CamScanner

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, asumió y cumplió de manera responsable todas las obligaciones correspondientes al contrato Nº 41-00210-2024, esto según las guías técnicas, manuales operativos y lineamientos dispuestos para el desarrollo de las acciones solicitadas.

Se expide en Neiva el día 07 de junio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo, no recibió ningún requerimiento frente a la prestación del servicio en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata; sin embargo, una vez se alleguen los mismos se dará respuesta de manera oportuna.

Se expide en Neiva el día 07 de junio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

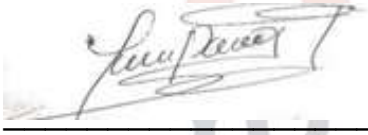
LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, cumplió a cabalidad con el siguiente objeto del contrato "BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIÓN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.", teniendo como punto de partida todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad.

Se expide en Neiva el día 07 de junio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

INFORME PRESUNTO ABANDONO IRREGULAR

hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>

Mar 21/05/2024 6:31 PM

Para:Comisariadefamilia <comisariadefamilia@laargentina-huila.gov.co>;Claudia Vidal <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>;Alonso Martinez <Alonso.Martinez@icbf.gov.co>
CC:Coordinadorzona1hs <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>

1 archivos adjuntos (386 KB)

DOC-20240521-WA0160._1.pdf;

Cordial saludo

Doctor Alexis, tal como se reporto vía whatsapp , el usuario Jhon Alexander Quilindo , se fugo del centro hospitalario San Antonio de Padua, ya se activo la ruta con policía de Infancia y adolescencia.

--
PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ
LEDI CONSTANZA ROJAS
COMPONENTE PSICOSOCIAL
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
3124564343 - 3107865661

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, no recibió ningún requerimiento efectuado por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato; sin embargo, una vez la fundación social yo te cuido llegue a ser requerida esta presentara la información solicitada y dará respuesta de manera inmediata a las requerimiento allegados..

Se expide en Neiva el día 07 de junio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-44-101053750	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	NIT: 901.496.702-9
DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 3 - 80	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO: 3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA	NIT: 899.999.239-2
DIRECCIÓN: AV CIRCUNVALAR CALLE 21	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO 8604700

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

CUMPLIMIENT DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 41002102024 REFERENTE A: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/04/2024	11/06/2025	$408,219,211.60
CALIDAD DEL SERVICIO	01/04/2024	11/06/2025	$408,219,211.60
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	01/04/2024	11/12/2027	$408,219,211.60

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***6,209,964.00	$ ******20,000.00	$ ***1,183,693.00	$ *********7,413,658.00	$ ****1,224,657,634.80	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA	174322	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

61-44-101053750

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-44-101053750	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	NIT: 901.496.702-9

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 11 NRO. 3 - 80	NEIVA, HUILA	3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA	NIT: 899.999.239-2

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CIRCUNVALAR CALLE 21	NEIVA, HUILA	8604700

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movil Red Bancolombia Corresponsal Bancario éxito GANA GANA COOMEVA

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***6,209,964.00	$ ******20,000.00	$ ***1,183,693.00	$ *********7,413,658.00	$ ****1,224,657,634.80	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA	174322	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 1101500323162 4 (3900) 00000741365 8 (96) 20250401

REFERENCIA PAGO: 1101500323162-4

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-40-101019547	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	NIT: 901.496.702-9

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 11 NRO. 3 - 80	NEIVA, HUILA	3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA	NIT: 899.999.239-2

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CIRCUNVALAR CALLE 21	NEIVA, HUILA	8604700

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 41002102024 REFERENTE A: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

TOMADOR/ASEGURADO: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA
ASEGURADO/BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**01/04/2024**	**11/12/2024**	**$390,000,000.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****678,493.00	$ ******20,000.00	$ *****132,713.00	$ **********831,206.00	$ *******390,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA	174322	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.
QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.
NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

61-40-101019547
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Oieda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-40-101019547	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	NIT: 901.496.702-9

DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TELÉFONO:
	CL 11 NRO. 3 - 80		NEIVA, HUILA	3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA	NIT: 899.999.239-2

DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TELÉFONO
	AV CIRCUNVALAR CALLE 21		NEIVA, HUILA	8604700

BENEFICIARIO: ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movil Red Bancolombia éxito GANA copidrogas

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****678,493.00	$ ******20,000.00	$ *****132,713.00	$ **********831,206.00	$ ******390,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA	174322	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11015003231631 (3900) 000000831206 (96) 20250401

REFERENCIA PAGO: 1101500323163-1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101053750, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en NEIVA a los 27 días del mes de MARZO de 2024

61-44-101053750

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Powered by CamScanner

J&J SEGUROS

CALLE 19 # 5A - 51 LOCAL 104 Tel: 8715734 Cel:3138081503-3156002791

comercial@jyjseguros.com - jyjseguros@hotmail.com -www.jyjseguros.com

SOAT - CUMPLIMIENTO - AUTOS - RC - VIDA - INCENDIO - HOGAR

RECIBO DE CAJA No.20000021563828			AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA Nit.900.763.125-0
DIA	MES	AÑO	
27	3	2024	
		Nombre:	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
		No. Identificacion:	901.496.702-9

SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO	PRIMA	GASTOS	IVA	VALOR
PAGO POLIZA DE CUMPLIMIENTO No. 101053750	$ 6.209.965	$ 20.000	$ 1.183.693	$ 7.413.658
PAGO POLIZA DE RCE CONTRATO No. 101053750	$ 678.493	$ 20.000	$ 132.713	$ 831.206
	TOTAL			$ 8.244.864

Powered by CamScanner

FORMATO DE ACTA O COMITÉ N° 13

HORA: 8:30 Am	**FECHA: 21 y 22 de Mayo de 2024**
LUGAR:	**Sede Administrativa Fundación Social Yo Te Cuido Sede Garzón**
DEPENDENCIA:	**Fundación Social Yo te Cuido**
PROCESO:	**Hogar Sustituto**

OBJETIVO: Fortalecimiento de estilos de crianza

AGENDA:

1. **Saludo**

Siendo las 9:00 am se dio inicio al encuentro formativo a padres, madres y cuidadores de los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad de Hogar Sustituto, se extiende un cordial saludo a cargo del equipo psicosocial de la Fundación Social Yo Te Cuido.

2. **Desarrollo**

A continuación se realiza un espacio de participación donde se les da a conocer a los asistentes que abordaremos la temática de estilos de crianza, los cuales serán fundamentales para el desarrollo personal, así mismo se resalta la importancia de que como cuidadores se realice una reflexión sobre las pautas de crianza que hemos ejercido hasta el momento, seguidamente se aborda la temática, la cual tiene como concepto que los estilos de crianza son los patrones de comportamiento que los padres, madres y cuidadores utilizan para educar a sus hijos, estos patrones influyen en el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo de los niños, existen diferentes estilos de crianza, cada uno con sus propias características, ventajas y desventajas, abordamos el primer estilo de crianza el cual consiste en:

Powered by CamScanner