PÚBLICA

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

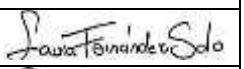
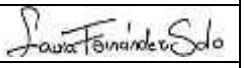
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	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
04/06/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
04/06/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	**MERCERDES TORRES MOMPOTES**
CÉDULA	**36.384.928**
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
04/06/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Mercedes Torres M.
04/06/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Mercedes Torres M.

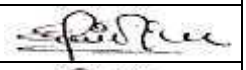
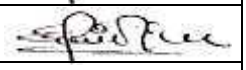
PÚBLICA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
04/06/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
04/06/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

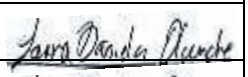
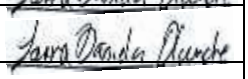
PÚBLICA

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
04/06/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
04/06/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

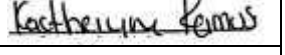
PÚBLICA

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
04/06/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
04/06/2024	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
04/06/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
04/06/2024	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

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio 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

Neiva - 05 de julio 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	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
04/06/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Maribel Hernandez.
04/06/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Maribel Hernandez.

PÚBLICA

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
04/06/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Rocio Carolina Vargas
04/06/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Rocio Carolina Vargas

PÚBLICA

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

N° 33.604

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 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 Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TORRES MOMPOTES MERCEDES	FEMENINO	42 AÑOS 8 MESES 5 DIAS	CC (Tipo)	36384928 (Número)

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

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
NO MOVILIZAR PESO MAYOR A 5 KG, NO DESPLAZAMIENTOS PROLONGADOS POR TERRENOS IRREGULARES	TEMPORAL	NO APLICA

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

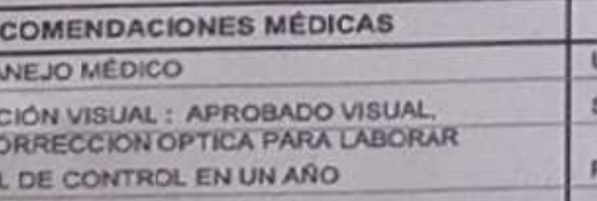
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : APROBADO VISUAL CON USO DE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

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

Código de Seguridad
O631U1A33604

Aspirante o Trabajador

Mercedes Tor

Firma:

Nombre: TORRES MOMPOTES MERCEDES

CC: 36384928

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

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

Dado en Neiva , el 30 de JUNIO de 2024

Atentamente,



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

PÚBLICA

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

* CAMPOS OBLIGATORIOS

*RAZON SOCIAL Fundación Social yo te cuido
*CÉDULA / NIT 901 4967029
*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 SHSAUXILIARADMINISTRATIVO@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 (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) Nota:

Powered by CamScanner

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
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 o 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, antideslizantes, 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 antideslizantes . (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 % 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		5
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 70% 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-AMI) 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 e 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 Otavalo

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: Ayo Paspuel Carlos Javier	NOMBRE:
CÉDULA: 1717716160	CÉDULA: /
CARGO: T. Sanitario	CARGO: /
INSTITUCIÓN: Secretaría Salud DP.	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: ERICA A. O	FIRMA:
NOMBRE: ERICA ALVARINO ORTIZ	NOMBRE:
CÉDULA: 1.070-606623	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: HUAYRACH SPA 40 DE OTAVALO	INSTITUCIÓN: /
CARGO: Trabajadora Social.	CARGO:

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Dptal.

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

SOMOS, SOMOS HUILENSES GRANDES — Gobernación del Huila

Acta No. 41396-001

INFORMACION GENERAL

OBJETO DE LA VISITA		SEGUIMIENTO DE VISITA		DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD
Visita de oficio	X	VISITA	FECHA	1-10
Solicitud oficial		Visita Inicial	16-05-2024	DEPARTAMENTO, CIUDAD O MUNICIPIO
Notificación comunitaria /queja		1º Control		Neiva Huila
Solicitud del interesado		2º Control		FECHA DE VISITA
		3º Control		16-05-2024

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón social	Fundacion Social Yo Fogueado	NIT. No.	901496702-9
Dirección y Barrio	Cll 3 Sur 3-34 Villa del Prado	Teléfono	3206191997
Representante Legal	Paola Andrea Alvarez C.C. 1075247141	e-mail	Psicologiaprofuc@fundacionyo@.
Tipo de Establecimiento (subcategoría)		Observaciones:	

Nº de Servicios sanitarios	2	Hombres	1	Empleados	Hombres		Personal administrativo	Hombres	
		Mujeres	1		Mujeres			Mujeres	
Agua potable	Si	Nº de tanques	A/ho	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 señalizados 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 eléctrico (protección)	2/	1	0	NA	
1.5. Sistemas de conducción de vertimientos domésticos.	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, tualla) 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 lo 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 2009 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 Alvarez
CC.	55130233	CC.	1075247141
CARGO	TO: Santos	CARGO	Psicologa
FIRMA		FIRMA	

Powered by CamScanner

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

CIUDAD: Pitalito | FECHA: 03/07/24 | ACTA N°: 183

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

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

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SSM Pitalito

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

(*) CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL: Fundacion Social Yo Te Cuido

*CÉDULA / NIT: 901.496.702-9

*NOMBRE COMERCIAL: Fundación Social Yo Te Cuido

*DIRECCIÓN: Cll 1A # 5-52 | MATRICULA MERCANTIL:

*DEPARTAMENTO: Huila | *MUNICIPIO: Pitalito

Barrio: Trinidad | Vereda: | Comuna: 3 | Localidad:

Sector: | Corregimiento: | Caserio: | UPZ:

Otro: [ ] | Cuál:

TELÉFONOS: 320 422 7379 | CORREO ELECTRONICO:

CORREO ELECTRÓNICO: coordinador1yotecuido@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Fundación Social Yo Te Cuido

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C [ ] C.E [ ] NIT [X] | *Numero de documento: 901.496.702-9

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Hernan David Bonilla Aguirre

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] | *Numero de documento: 1.003.952.300

CORREO ELECTRÓNICO: coordinador1yotecuido@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cll 1A # 5-52

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

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: coordinador1yotecuido@gmail.com

*DEPARTAMENTO: Huila | *MUNICIPIO: Pitalito

*HORARIO Y DIA DE FUNCIONAMIENTO: Oficina | N° DE TRABAJADORES: 6

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: (6)

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: (6)

CÓDIGO CIIU: SI [X] NO [ ] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: 59499 - NA

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN		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		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 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)**

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
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		
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		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, 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		
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		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas 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		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizantes (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	(4)	2	0		N/A
1.7	La ventilación es adecuada para el uso (Art 197 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 28,5 % 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		CR
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 desinfeccion se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	(4)	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificacion del bloque corresponde al 20 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo	(2)	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 186 Ley 9 de 1979)	(4)		0		CR
3.1.3	Las instalaciones interiores para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0		
3.1.4	El establecimiendo cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	(2)	1	0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes) (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	(0)		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evita la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	(2)	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado	(2)	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	(3)	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores.	2	(0)	0		
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	(2)	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 188 Ley 09 de 79)	(5)		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificacion del bloque corresponde al 27 % del total del acta

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. (Articulo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	(2)	0		Sin Documentar
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 Resolucion 14861 de 1985)	(3)	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	(0)		

4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto fluminica y pasamanos (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		N/A
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		
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios (Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 16 % 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	
91,5%	FAVORABLE	95%-100%	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
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

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

1) Implementar programa de lavado de Tanques y su respectivo control

2) Implementar un plan de emergencias para la sede de la Fundación (Pitalito)

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte de Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO__

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

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 03 del mes de julio del año 2024 en la Ciudad de Pitalito

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 REALIZARON LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Edwar H. Ruiz Rodriguez	NOMBRE:
CÉDULA: 1.075.291.110	CÉDULA:
CARGO: Profesional de Apoyo	CARGO:
INSTITUCIÓN: SSM Pitalito	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Lactiyne Ramos Suarez	NOMBRE:
CÉDULA: 1077.424.524 D.	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: I. social yo te cuido	INSTITUCIÓN:
CARGO: Trabajadora social.	CARGO:

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio 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

Neiva - 05 de junio del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, no se 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

Neiva 05 de julio del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, no conto con infraestructura que tenga trampas de grasa ni planta de tratamiento de agua.

Neiva - 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio 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.

Neiva - 07 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio 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 05 de julio del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ABANDONO DE HOGAR SUSTITUTO NNA Y.A.C.O

hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com
<hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com>

Lun 17/06/2024 10:52 AM

Para:Anyela Cardozo <anyela.cardozo@icbf.gov.co>;HSGESTORDECASOGARZON <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>;COORDINADORZONA1HS <COORDINADORZONA1HS@fundacionyotecuido.com>;HSPSICOLOGIAGARZON <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>

2 archivos adjuntos (592 KB)

OFICIO POLICÍA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA.pdf; ABANDONO IRREGULAR NNA Y.A.C.O.pdf;

Garzón-Huila

Doctora:

ANYELA PAOLA CARDOZO

Defensoría Septima de Familia

Neiva-Huila

Cordial saludo,

A continuación, se da a conocer la Evasion de Hogar de la adolescente **YULI ANDREA CABALLERO ORDOÑEZ** identificada con tarjeta de Identidad número, 1.075.799.191, de 13 años, vinculda a la modalidad Hogar Sustituto en la unidad de servicios de la señora MVIANEY GALINDO, situación presentada al rededor de las 7:30, es de mencionar que ya se realizo la respecativa activacion de ruta con Policia de Infancia y Adolescencia en favor de la dolescente.

Lo anterior para su conocimiento y demás fines pertinentes,

Atentamente,

EQUIPO PSICOSOCIAL

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

GARZON (H)

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio 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 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, no presentó ningún hecho o circunstancia que pueda constituir actos de corrupción como conductas punibles o que puedan

poner o pongan es riesgo el cumplimiento del contrato.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Gmail COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>

ABANDONO IRREGULAR DE UNIDAD NNA I.D.M.CH

1 mensaje

hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com 22 de junio de 2024, 2:40 p.m.
<hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com>
Para: Comisariadefamilia <comisariadefamilia@tarqui-huila.gov.co>, HSPSICOLOGIAGARZON <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>, HSGESTORDECASOGARZON <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>, Coordinador1yotecuido <coordinador1yotecuido@gmail.com>

Garzón-Huila

Doctora:

MELIZA JHOANA IBARRA CERÓN

Comisaria de GFamilia

Tarqui-Huila

Cordial saludo,

A continuación, se da a conocer la Evasion de Hogar de la adolescente **INGRID DAYANA MUÑOZ CHAVARRO** identificado con tarjeta de Identidad número, 1.081.514.917, de 15 años, vinculdo a la modalidad Hogar Sustituto en la unidad de servicios de la señora ROSA TERRIOS CASTILLO, situación presentada al rededor de las 12:30 Pm, es de mencionar que ya se realizo la respecativa activacion de ruta con Policia de Infancia y Adolescencia en favor de la adolescente.

Lo anterior para su conocimiento y demás fines pertinentes,

Atentamente,

EQUIPO PSICOSOCIAL

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

GARZON (H)

2 archivos adjuntos



OFICIO POLICIA INFANCIA Y ADOLESCENCIA NNA I.D.M.CH.jpeg
76K

ABANDONO IRREGULAR NNA I.D.M.CH.pdf
401K

Gmail COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>

ABANDONO DE HOGAR SUSTITUTO NNA N.A.I.Z

1 mensaje

hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com 21 de junio de 2024, 1:48 p.m.
<hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com>
Para: Natalia Ramirezn <Natalia.ramirezn@icbf.gov.co>, HSGESTORDECASOGARZON <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>, HSPSICOLOGIAGARZON <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>, coordinador1yotecuido@gmail.com

Garzón-Huila

Doctora:

NATALIA RAMIREZ NARVAEZ

Defensora Segunda de Familia

Garzon-Huila

Cordial saludo,

A continuación, se da a conocer la Evasion de Hogar del niño **NICOLAS ALEXIS IZQUIERDO SERRANO** identificado con tarjeta de Identidad número, 1.077.870.860, de 10 años, vinculdo a la modalidad Hogar Sustituto en la unidad de servicios de la señora EDUVIGES GONZALEZ MONTEALEGRE, situación presentada al rededor de las 11:30Am, es de mencionar que ya se realizo la respecativa activacion de ruta con Policia de Infancia y Adolescencia en favor del niño.

Lo anterior para su conocimiento y demás fines pertinentes,

Atentamente,

EQUIPO PSICOSOCIAL

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

GARZON (H)

2 archivos adjuntos

ABANDONO IRREGULAR NNA N.A.I.S.pdf
312K

OFICIO ESTACION DE POLICIA EN FAVOR DE NNA.pdf
145K

Gmail COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>

ABANDONO DE HOGAR SUSTITUTO NNA L.G.M

1 mensaje

hspsicologiagarzon@fundacionyotecuido.com <hspsicologiagarzon@fundacionyotecuido.com> 21 de junio de 2024, 1:46 p.m.

Para: Claudio Lopez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co>, coordinador1yotecuido@gmail.com, HSTRABAJADORASOCIALGARZON <HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com>, HSGESTORDECASOGARZON <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>

Garzón - Huila 21 de junio de 2024

Doctor,

Claudio Hernán López Gutiérrez

Defensor 4 de familia CZ Pitalito

Cordial saludo,

Por medio de la presente, se da a conocer la evasión de Hogar de la adolescente **LEONOR GUTIERREZ MENDOZA** identificada con tarjeta de Identidad número, 1.077.236.990, de 12 años, vinculada a la modalidad Hogar Sustituto en la unidad de servicios de la señora MEDUVIGES GONZALEZ MONTEALEGRE, situación presentada al rededor de las 11:30Am, es de mencionar que ya se realizo la respectiva activación de ruta con Policía de Infancia y Adolescencia en favor del adolescente.

Lo anterior para su conocimiento y demás fines pertinentes,

Atentamente,

EQUIPO PSICOSOCIAL

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

GARZON (H)

2 archivos adjuntos

CamScanner 21-06-2024 13.11.pdf
145K

ABANDONO IRREGULAR NNA L.G.M_21_06_2024.pdf
317K

Gmail COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>

ABANDONO DE HOGAR SUSTITUTO NNA J.A.R.G

1 mensaje

hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com 21 de junio de 2024, 1:32 p.m.
<hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com>
Para: Comisariadefamilia <comisariadefamilia@garzon-huila.gov.co>, HSGESTORDECASOGARZON <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>, HSPSICOLOGIAGARZON <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>, coordinador1yotecuido@gmail.com

Garzón-Huila

Doctora:

INGRID YOHANA CASTRO GUENIS

Comisaria de Familia

Garzon-Huila

Cordial saludo,

A continuación, se da a conocer la Evasion de Hogar del adolescente **JESUS ABEL ROJAS GAVIRIA** identificado con tarjeta de Identidad número, 1.077.860.338, de 15 años, vinculdo a la modalidad Hogar Sustituto en la unidad de servicios de la señora MEDUVIGES GONZALEZ MONTEALEGRE, situación presentada al rededor de las 11:30Am, es de mencionar que ya se realizo la respecativa activacion de ruta con Policia de Infancia y Adolescencia en favor del dolescente.

Lo anterior para su conocimiento y demás fines pertinentes,

Atentamente,

EQUIPO PSICOSOCIAL

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

GARZON (H)

2 archivos adjuntos

ABANDONO IRREGULAR NNA J.A.R.G.pdf
309K

OFICIO ESTACION DE POLICIA EN FAVOR DE NNA.pdf
145K

RV: EVASIÓN DE HOGAR SUSTITUTO NNA J.J.C.R

coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>
Mar 18/06/2024 10:50 AM
Para:coordinador2yotecuido@gmail.com <coordinador2yotecuido@gmail.com>

2 archivos adjuntos (712 KB)
OFICIO ESTACION DE POLICIA NNA J.J.C.R.pdf; ABANDONO IRREGULAR NNA J.J.C.R.pdf;

From: hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com <hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com>
Sent: Saturday, June 15, 2024 8:49 PM
To: Comisariadefamilia <comisariadefamilia@garzon-huila.gov.co>; HSGESTORDECASOGARZON <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>; COORDINADORZONA1HS <COORDINADORZONA1HS@fundacionyotecuido.com>; HSPSICOLOGIAGARZON <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>
Subject: EVASIÓN DE HOGAR SUSTITUTO NNA J.J.C.R

Garzón-Huila

Doctora:
INGRID YOHANA CASTRO GUENIS
Comisaria de Familia
Garzon-Huila

Cordial saludo,

A continuación, se da a conocer la Evasion de Hogar de la adolescente **JEIDI JOHANA CASTAÑEDA RAMOS** identificada con tarjeta de Identidad número, 1.145.727.625, de 12 años, vinculda a la modalidad Hogar Sustituto en la unidad de servicios de la señora MARLENY FRAGUA POVEDA, situación presentada al rededor de las 6:00, es de mencionar que ya se realizo la respecativa activacion de ruta con Policia de Infancia y Adolescencia en favor de la dolescente.

Lo anterior para su conocimiento y demás fines pertinentes,

Atentamente,
EQUIPO PSICOSOCIAL
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
GARZON (H)

EVASIÓN DE HOGAR NNA A.G.E

hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com
<hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com>

Mar 4/06/2024 7:59 PM

Para:Alonso Martinez <Alonso.Martinez@icbf.gov.co>;HSGESTORDECASOGARZON <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>;HSPSICOLOGIAGARZON <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>;COORDINADORZONA1HS <COORDINADORZONA1HS@fundacionyotecuido.com>

3 archivos adjuntos (779 KB)

oficio radicado, policía .pdf; CamScanner 04-06-2024 19.17 (1).pdf; ABANDONO IRREGULAR NNA A.G.E.pdf;

Garzón-Huila

Doctor:

Alonso Martinez Pulido

Defensor Primero de Familia

La Plata-Huila.

Cordial saludo,

A continuación, se da a conocer la Evasion de Hogar de la adolescente **ANERALI GIRALDO ESCOBAR** identificada con tarjeta de Identidad número, 1.081.406.540, de 15 años, vinculada a la modalidad Hogar Sustituto en la unidad de servicios de la señora CLARA INES ROJAS, situación presentada en la Institucion Educativa Luis Calixto Leiva al rededor de las 4:30, es de mencionar que ya se realizo la respecativa activacion de ruta en favor de la dolescente.

Lo anterior para su conocimiento y demás fines pertinentes,

Atentamente,

EQUIPO PSICOSOCIAL

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

GARZON (H)

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio 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 05 de julio del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, dispuso de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato; por lo anterior, en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata se cuenta con espacios adecuados para salvaguardar la información generada

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio 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 julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Gmail **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>**

RV: ANTECENTES MADRES SUSTITUTAS MES DE ABRIL DE 2024

3 mensajes

Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co> 5 de junio de 2024, 16:02
Para: "hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com" <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>, FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
Cc: Diana Paola Puliche Mendez <Diana.Puliche@icbf.gov.co>

Buenas tardes, teniendo en cuenta documento adjunto informamos lo siguiente;

1.Toda la informacion reportada a este cz debe ser en físico y enviada igualmente a la supervisora de contrato mediante correo electrónico

2.De acuerdo a la informacion o correo adjunto se puede identificar que los documentos relacionados corresponde al 14/07/2023 (informacion que no se requiere)

3.Se requiere informacion actualizada de todos los HS (antecedentes incluyendo red de apoyo, ms y composición familiar)

Cordialmente,

CLAUDIA LILIANA VIDAL FLORIANO

Coordinadora

ICBF Sede Regional Huila - Centro Zonal La Plata

Calle 5B No. 9A - 05 Barrio Villa Isabella

Teléfono: 608 8371127 Ext.842000

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

2 adjuntos



image001.png
35K

ANTECEDENTES MADRES ABRIL 2024-.zip
3429K

---

hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com> 5 de junio de 2024, 17:24

Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
Cc: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>, Diana Paola Puliche Mendez <Diana.Puliche@icbf.gov.co>

Cordial saludo

Doctora Claudia, aclaramos que los antecedentes y formatos actualizados en el mes de abril de las redes de apoyo y composición familiar se enviaron en físico en la fecha 9 de abril del 2024 en físico al centro zonal, no contamos con ellos en medio magnético porque en esa oportunidad todas las profesionales apoyaron la actualización y no se creo un solo consolidado.

Es importante mencionar que los primeros días de julio de nuevo se debe realizar la actualización trimestral de los antecedentes los cuales se enviaran en medio magnético tal como lo solicita el manual operativo.

Quedando Atentas

[El texto citado está oculto]

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

Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co> 5 de junio de 2024, 20:41

Para: "hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com" <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>
Cc: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>, Diana Paola Puliche Mendez <Diana.Puliche@icbf.gov.co>

Buen dia, en atención al correo que antecede y como supervisora de contrato la informacion se requiere tanto en físico como digital, considero que debe desaprender ya que usted se encontraba con otro operador con el cual se tuvo dificultades precisamente por la entrega de la informacion requerida.

Por tanto y de acuerdo a las normas archivísticas de la institución se debe tener un archivo en físico y el supervisor un archivo digital.

Cordialmente,

CLAUDIA LILIANA VIDAL FLORIANO

Coordinadora

ICBF Sede Regional Huila - Centro Zonal La Plata

Calle 5B No. 9A - 05 Barrio Villa Isabella

Teléfono: 608 8371127 Ext.842000

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

[El texto citado está oculto]

2 adjuntos



image001.png
35K



image003.png
23K

Gmail **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>**

RV: REPORTE DE VISITA REALIZADA A LA US DE LA SEÑORA DAYANA CATERIN DIAZ

2 mensajes

Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co> 19 de junio de 2024, 23:11
Para: "hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com" <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>, FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Buen dia, por favor reportar la situación presentada a la autoridad administrativa correspondiente y como operador tomar medidas.

Cordialmente,

CLAUDIA LILIANA VIDAL FLORIANO

Coordinadora

ICBF Sede Regional Huila - Centro Zonal La Plata

Calle 5B No. 9A - 05 Barrio Villa Isabella

Teléfono: 608 8371127 Ext.842000

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Diana Paola Puliche Mendez <Diana.Puliche@icbf.gov.co>
Enviado el: miércoles, 19 de junio de 2024 5:05 p.m.
Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
CC: Eliana Mercedes Alvarez Munoz <Eliana.Alvarez@icbf.gov.co>; Alonso Martinez Pulido <Alonso.Martinez@icbf.gov.co>; Diana Paola Puliche Mendez <Diana.Puliche@icbf.gov.co>
Asunto: REPORTE DE VISITA REALIZADA A LA US DE LA SEÑORA DAYANA CATERIN DIAZ

Buenas tardes, Doctora Claudia Liliana,

Envió informe de la visita realizada a la unidad de servicio de la señora Dayana Caterin Diaz. Lo anterior para su conocimiento.

Anexo evidencias.

Cordialmente,

Diana Paola Puliche Mendez
Contratista - Psicóloga de Apoyo a las Defensorías de Familia 1 y 2
ICBF Centro Zonal La Plata- Regional Huila
Calle 5B N° 9A- 05 Barrio Villa Isabela
Teléfono: 6088371127 Ext.842006
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

3 adjuntos

image001.png
35K

VISITA DAYANA CATERIN DIAZ .pdf
2205K

EVIDENCIAS DAYANA CATERIN DIAZ .pdf
701K

---

hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com> 20 de junio de 2024, 8:54

Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
Cc: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Cordial saludo

Doctora Claudia, el componente psicosocial del operador desde el día 17-06-2024, realizo el reporte de la situación presentada en la unidad de servicio de la señora Dayana al comisario de familia del municipio de Iquira , con la usuaria Leidy Anacona, contando con la autorización de la autoridad administrativa el cambio se realizo el día de ayer 19-06-2024 a las 05:00 p.m posterior a la actividad de sampedrito de los usuarios.

La solicitud y el reporte se realizo desde el día lunes 17-06-2024, esto teniendo en cuenta que el la vista a la unidad de servicio realizada por la psicóloga del operador, se logro observan un hematoma en el cuello del usuario Farid, al indagarle a la madre sustituta por lo sucedido menciona que según Farid se lo hizo con los dedos, como la versión no fue creíble, se le indago a Farid , en un primer momento indica que fue jugando que se golpeo, se le pidió que diga la verdad y el cambia la versión indicando que se lo hizo con los dedos, la psicóloga no cree en su relato por lo que le insiste que diga la verdad, el dice que fue jugando con Leidy Anacona (usuaria de 13 años), al confrontar a Leidy , solo sonríe , acepta que fue un juego, se les hizo la retroalimentación a los dos, niegan besos, niegan otro tipo de acercamiento, según Farid el no gusta de ella, pero evidenciando la situación y en prevención de alguna situación que pueda afectar la integridad de los usuarios y de la misma familia se solicito el cambio de unidad de la usuaria, puesto que es con ella que se estaban presentando otras situaciones como planear abandono de la modalidad e incitando a las hijas de la madre sustituta a que se fugaran con ella, situación que fue reportada por la misma hija de la madre sustituta, situación que también fue abordada por el equipo psicosocial del operador.

También ya se le aclaro la situación al defensor de Familia de Farid, El doctor Alonso Martinez.

La usuaria Leidy Anacona fue reubicada con la señora Leidy Gomez.

Quedando Atentas

[El texto citado está oculto]

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

Gmail **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>**

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE DERECHOS DE NNA UBICADOS EN HS

2 mensajes

Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co> 22 de junio de 2024, 23:39
Para: "hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com" <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>, FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
Cc: Diana Paola Puliche Mendez <Diana.Puliche@icbf.gov.co>, Alonso Martinez Pulido <Alonso.Martinez@icbf.gov.co>, Eliana Mercedes Alvarez Munoz <Eliana.Alvarez@icbf.gov.co>, Eliana Paola Colorado <Eliana.Colorado@icbf.gov.co>, Yuranny Cuellar Mendez <Yuranny.Cuellar@icbf.gov.co>, Leyde Liliana Cano Lopez <Leyde.Cano@icbf.gov.co>, Monica Fernanda Achipiz Fajardo <Monica.Achipiz@icbf.gov.co>, Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>

Muy buenos dias, deseando se encuentren bien, como supervisora de contrato; me permito convocarlos para que se agenden para el dia 1 de agosto del 2024 a partir de las 8:30 AM a una reunión en el ICBF CZ la plata con el objetivo que socialicen los NNA que se encuentran en HS a la fecha. El operador dará a conocer mediante presentación en PowerPoint la siguiente informacion.

1.Presentacion del operador numero contrato y vigencia
2.Presentacion del TH
3.Presentacion mediante fotografía MS y Vivienda fachada
4.Presentacion por NNA con fotografía en donde se estipule (fecha de ingreso y motivo, datos básicos del NNA, HS, autoridad administrativa, acciones adelantadas por el operador en garantía de derechos para los NNA a cargo, novedades, fortalezas y debilidades del proceso.

A la presentación le pueden agregar lo que consideren relevante conocer.

Agradezco tener en cuenta la solicitud.

Cordialmente,

CLAUDIA LILIANA VIDAL FLORIANO
Coordinadora
ICBF Sede Regional Huila - Centro Zonal La Plata
Calle 5B No. 9A - 05 Barrio Villa Isabella
Teléfono: 608 8371127 Ext.842000

www.icbf.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no

necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

---

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com> 23 de junio de 2024, 19:24
Para: "coordinador1yotecuido@gmail.com" <coordinador1yotecuido@gmail.com>

Por favor revisar y dar respuesta

---------- Mensaje reenviado ---------
De: **Claudia Liliana Vidal Floriano** <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
Fecha: El sáb, 22 de jun. de 2024 a la(s) 11:40 p.m.
Asunto: SEGUIMIENTO AL ESTADO DE DERECHOS DE NNA UBICADOS EN HS
Para: hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>, FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <Fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
Cc: Diana Paola Puliche Mendez <Diana.Puliche@icbf.gov.co>, Alonso Martinez Pulido <Alonso.Martinez@icbf.gov.co>, Eliana Mercedes Alvarez Munoz <Eliana.Alvarez@icbf.gov.co>, Eliana Paola Colorado <Eliana.Colorado@icbf.gov.co>, Yuranny Cuellar Mendez <Yuranny.Cuellar@icbf.gov.co>, Leyde Liliana Cano Lopez <Leyde.Cano@icbf.gov.co>, Monica Fernanda Achipiz Fajardo <Monica.Achipiz@icbf.gov.co>, Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
[El texto citado está oculto]

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, dio cumplimiento con lo establecido establecidas en el capítulo “Buenas Prácticas en la Gestión Contractual” del Manual de Contratación del ICBF vigente, garantizando que al interior de la fundación social yo te cuido siempre ha predominado una actuación ajustada a la ley, a la ética y a las buenas costumbres. Por tanto, el talento humano asume el compromiso de trabajar con ética y moralidad en sus actuaciones, garantizando condiciones de legalidad, equidad, objetividad y justicia en la gestión administrativa y de atención.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, no se recibió solicito ninguna dadiva que favorezca la prestación del servicio de la modalidad de acogimiento familiar–Hogar Sustituto en los centros zonales de Garzon, Pitalito y la Plata.

Así mismo, se resalta que si se llegasen a presentar dichos incidentes estos serán reportados de inmediato a la supervisión y a las autoridades competentes.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, se ha asumido prácticas 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.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.12533521
Número del contrato	41002102024
Versión del contrato	2
Objeto del contrato	BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIÓN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.
Tipo de contrato	Otro
Fecha de inicio del contrato	1/04/2024 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	30/11/2024 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	240 Días
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(●) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	( ) Sí (●) No
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (●) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (●) No
Reversión	( ) Sí (●) No

Entidad Estatal

ICBF REGIONAL HUILA

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

FUNDACIÓN YO TE CUIDO

COLOMBIA, Neiva

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por:	*FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO*	***Fecha de aprobación:***	*27/03/2024 9:45:51 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:	*Amanda Gomez Polo*	***Fecha de aprobación:***	*27/03/2024 9:55:50 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_6151147_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_6151147_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	ICBF REGIONAL HUILA
Proceso de Contratación	CONTRATO DE APORTE
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	2.060.112.058,00 COP

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Documentos Tipo

Documentos Tipo	No	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

Decreto 248 de 2021

¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30% de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?	No	El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, mínimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017	○ Sí ◉ No	Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega Como acordado previamente

El contrato puede ser prorrogado ○ Sí ○ No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías? ◉ Sí ○ No

Garantías por lotes, grupos o etapas ○ Sí ◉ No

Seriedad de la oferta ○ Sí ○ No

Cumplimiento ◉ Sí ○ No

☑ Cumplimiento del contrato				
◉ % del valor del contrato	20,000000	Fecha de vigencia (desde)	1/04/2024 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
○ Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/05/2025 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
☑ Pago de salarios				
◉ % del valor del contrato	20,00	Fecha de vigencia (desde)	1/04/2024 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
○ Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/11/2027 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
☑ Calidad del servicio				
◉ % del valor del contrato	20,00	Fecha de vigencia (desde)	1/04/2024 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
○ Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/05/2025 11:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	

Responsabilidad civil extra contractual ◉ Sí ○ No

◉ No. de SMMLV 300

1/04/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 27/03/2024 3:23:44 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Fecha límite para entrega de garantías:

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle	A
CO1.WRT.14030216	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	1.614.657.634,80 COP	SEGUROS DEL ESTADO	11/12/2027 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Detalle	

Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ○ Sí ◉ No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura A definir

Comentarios

Comentarios

Anexos del contrato

Descripción

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Calle 21 # 1E-40

Ubicación CO-HUI-41001 - Neiva

País COLOMBIA

Departamento Huila

Municipio Neiva

Dirección Calle 21 # 1E-40

Código postal

	Grados (º)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	calle 21 No. 1E-40	COLOMBIA > Huila > Neiva

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) 000007413658 (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 - Minimo: 1.00 SMMLV	01/04/2024	11/12/2024	$390,000,000.00

ACLARACIONES

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

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

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

61-40-101019547

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis 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: CL 11 NRO. 3 - 80	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO: 3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movii Red

Bancolombia

éxito GANGA 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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 18	
Hora: *8:3O AM a 9:00 PM*	**Fecha:** *20 – 21 DE JUNIO DEL 2024*
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTA GARZON*
Dependencia que Convoca:	*EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	*ENCUENTRO FORMATIVO LA SALUD EN LA FAMILIA "ALTERACIONES ALIMENTARIAS" FAMILIAS BIOLOGICAS Y RED VINCULAR*
Objetivo:	*FOMENTAR LA PARTICIPACION DE LAS FAMILIAS BIOLOGICAS Y REDES VINCULARES DE LOS PROCESOS PARD EN PRO DE CONTRIBUIR CON EL CUIDADO DE LA SANA ALIMENTACION Y BUENOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.*

Agenda:

- Saludo.
- La Salud en la Familia "Alteraciones Alimentarias".
- Cierre.
- Decisiones.

Desarrollo:

En la formación del día 20 y 21 de junio de 2024 en la jornada de 8:30 am, con un afectuoso saludo de bienvenida, se agradeció la participación a cada una de las personas vinculadas a los procesos PARD.

De acuerdo a nuestro cronograma de actividades se dio inicio con la formación.

Por medio de un folleto se da a conocer la información:

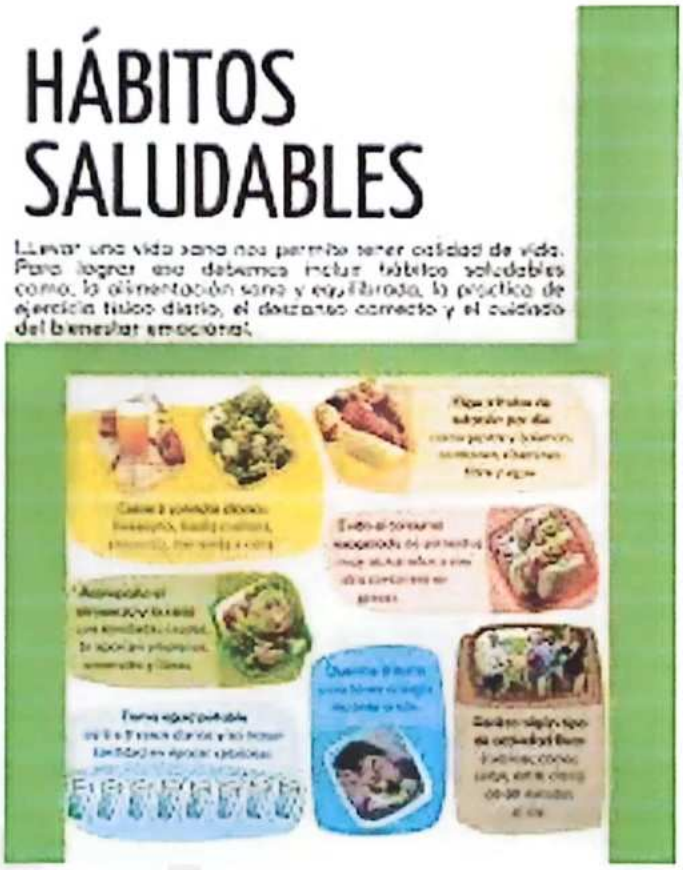
Tomar decisiones correctas sobre la alimentación puede ayudar a tu familia a tener una buena salud. Además, una dieta nutritiva puede favorecer el crecimiento, fortalecer los sistemas inmunológicos y aumentar los niveles de energía. Puede incluso levantar el ánimo y mejorar el rendimiento escolar y laboral.

La familia se encuentra entre las influencias más importantes en la adquisición de hábitos alimentarios saludables y el estado del peso de niños pequeños. La familia puede influir en las prácticas de consumo de alimentos y la transferencia de hábitos alimentarios intergeneracionales.

¿Cómo influye la familia en los trastornos alimenticios?

Powered by CamScanner

Existe mayor probabilidad de que un familiar de un paciente con TCA sufra también el trastorno en comparación con el resto de personas. Este riesgo puede estar influido tanto por la genética compartida que presentan como por las influencias familiares y sociales en el contexto donde vive la persona afectada.



Powered by CamScanner



Planifica la semana

Es muy importante elaborar un calendario para organizar las comidas durante la semana. Así comerás más variado y podrás gestionar mejor la cesta de la compra.



Tómate tu tiempo

Procura dedicar más de **40-50 minutos** para comer, siempre más o menos a la misma hora. Así evitarás atracones rápidos o picoteos innecesarios y ayudarás a tener una **mejor digestión.**



¡No te olvides de la media mañana!

Prueba a llevarte una pieza de fruta o un snack saludable para comer a media mañana. Irás a la comida menos hambriento.



Prepara comida casera

No siempre es posible, pero opta por comida hecha en casa: ahorrarás dinero y ganarás en salud (siempre que te prepares menús equilibrados).



Conoce tu zona

No todos los restaurantes son iguales. Busca un lugar en el que sirvan variedad y productos de calidad.



En la variedad está la clave

Al final siempre se opta por la monotonía. Procura variar de menús, verduras, carne, pescado, legumbres... Sin olvidar incluir todos los días alguna pieza de **verdura y un postre saludable: fruta.**



Legumbre: la gran olvidada

Tenemos la concepción de que la legumbre es pesada. Comiendo una ración adecuada (no el típico plato de fabada) o incluyéndolas en una ensalada fría podemos consumir estos alimentos tan necesarios sin sentirnos sin fuerzas después.



De beber: agua

Es muy fácil recurrir a una copa de **alcohol o refrescos** durante las comidas. Ocasionalmente no se consideraría un problema, pero **de forma habitual podría suponer una ingesta calórica adicional.**



De acompañante: verdura

Lo más común es recurrir a los fritos como acompañante de un plato de carne o pescado. De vez en cuando podemos darnos un capricho pero la verdura es una **opción más sana:** ya que aportaras **vitaminas y fibra** en lugar de la grasa y los hidratos de carbono presentes en las patatas fritas.



¡Muévete!

Si comes casero o en un restaurante, aprovecha el tiempo que te falte para dar un paseo. Te despejarás y podrás sentirte mejor de vuelta al trabajo.

Cierre: Mediante un conversatorio se permitió que los participantes dieran sus opiniones frente a la formación dada.

Decisiones: *Contribuir con la garantía del derecho a la salud alimenticia de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con el objetivo de brindar hábitos saludables.*

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

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS









Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Fortalecer en el hogar la gestión de emociones y sentimientos.	Red vincular – familia Biológica	Permanente
Promover el cuidado de la Salud mental.	Red vincular – familia Biológica	Permanente

Powered by CamScanner

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Johan Herminso Guillen	Hermano	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Johan Guillen
Carmen Helena Muñoz	Madre	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Carmen Elena
xuri Alabandra	madre	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Alejandra
mary Galindo Gordillo	mama	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	mary Galindo
Yeimy Andrea Galindo G.	Tia	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Yeimy Galindo
Viviana Catalina Galindo Gordillo	Tia	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Catalina Galindo
Leidy Yohana Pizo B	Mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Lady Yohana P.
Diego Cuellar T.	Papá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Diego Cuellar T.
Angie Perez	mama	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Elcy Rojas	mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Elcy Rojas
Luz Piedad Bermudez	Mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Luz Piedad
Omar Cifuentes	Tio	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Omar Cifuentes
Leonilde cifuentes	mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Leonilde Cifuentes
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ – GESTORA DE CASO		

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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 19	
Hora: *8:3O AM a 9:00 PM*	**Fecha:** *20 – 21 DE JUNIO DEL 2024*
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTA GARZON*
Dependencia que Convoca:	*EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	*ENCUENTRO FORMATIVO SENTIMIENTO Y EMOCIONES FAMILIAS BIOLOGICAS Y RED VINCULAR*
Objetivo:	*FOMENTAR LA PARTICIPACION DE LAS FAMILIAS BIOLOGICAS Y REDES VINCULARES DE LOS PROCESOS PARD EN PRO DE IDENTIFICAR LOS SENTIMIENTOS Y LAS EMOCIONES.*

Agenda:

- Saludo.
- Sentimientos y emociones.
- Cierre.
- Decisiones.

Desarrollo:

En la formación del día 20 y 21 de junio de 2024 en la jornada de 8:30 am, con un afectuoso saludo de bienvenida, se agradeció la participación a cada una de las personas vinculadas a los procesos PARD.

De acuerdo a nuestro cronograma de actividades se dio inicio con la formación.

Por medio de un folleto se da a conocer a los participantes la importancia del sentimiento y las emociones en nuestra red familiar y vincular.

Las emociones y los sentimientos nos hacen únicos, humanos. Los dos conceptos incluyen cambios corporales, como cuando estás nervioso y te sudan las manos o te duele la tripa. Nos hacen cambiar las percepciones de nuestro entorno o incluso de nosotros mismos.

¿Qué son las emociones?

Primero de todo, debemos entender los dos conceptos por separado para encontrar similitudes y diferencias. Una emoción no es nada más que cambios y respuestas neuroquímicas y hormonales que se generan para reaccionar de un cierto modo ante un estímulo externo. Las emociones son clave para nuestra supervivencia y se han desarrollado a través de la evolución del ser humano.

Powered by CamScanner



Cierre: Mediante un conversatorio se permitió que los participantes dieran sus opiniones frente a la formación dada.

Decisiones: *Contribuir con la garantía del derecho a la salud emocional de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con el objetivo de brindar una familia y un hogar óptimo.*

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS









Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Fortalecer en el hogar la gestión de emociones y sentimientos.	Red vincular – familia Biológica	Permanente
Promover el cuidado de la Salud mental.	Red vincular – familia Biológica	Permanente

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Johan Herminso Guillen	Hermano	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Johan Guillen
Angie Perez	mama	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Carmen Helena Muñoz	Madre	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Carmen Elena
Yuri Alejandra	madre	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Alejandra.
marly Galindo Gordillo	mama	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	marly Galindo
Yeimy Andrea Galindo	Tia	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Yeimy Galindo
Viviana Catalina Galindo G.	Tia	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Catalina Galindo
Leidy Yohana Pizo	Mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Leidy Yohana.
Diego Cuellar T.	Papá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Diego Cuellar
Elcy Rojas	mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Elcy Rojas
Luz Piedad.	Mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Luz Piedad
Omar Cifuentes	Tio	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Omar Cifuentes
Leonilde Cifuentes	mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Leonilde Cifuentes
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ – GESTORA DE CASO		

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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *4*	
Hora: *11:00 AM*	**Fecha:** *20 de junio del 2024*
Lugar:	*Fundación social yo te cuido*
Dependencia que Convoca:	*Equipo psicosocial- Gestora de caso*
Proceso:	*Sentimientos y emociones*
Objetivo:	Conocer la importancia de las emociones y sentimientos en la formación del hogar y sus ventajas al ser manejadas de forma adecuada y sus desventajas.

Agenda:

-Saludo y bienvenida a las familias biológicas.

-Socialización del tema a tratar y el objetivo de la capacitación

-Realización de actividad rompe hielo

-Desarrollo de la temática a través de una presentación en power point.

-Conclusiones de la reunión

-Participación por parte de las familias en cuanto a dudas y demás temas que deseen aportar.

-Compromisos por parte de las familias biológicas con lo aprendido el día de hoy.

Desarrollo: La gestora de caso inicia con una actividad rompe hielo, donde se les pide a los participantes que se unan en parejas e imaginen cuál es su emoción favorita, luego su compañero (a) tendrá que adivinar que emoción es. En esta actividad se logra observar que muchas familias biológicas no reconocían su emoción favorita y por lo tanto no sabían que responder ante la adivinanza de su compañero (a). Por lo que muchas madres respondían que a veces no tenían en cuenta sus emociones ni las identificaban, por lo tanto no se autoanalizaban en cuanto a este tema.

Por consiguiente la gestora de caso inicia la capacitación con el apoyo de una ayuda audiovisual, que era una presentación en prezzi, donde comentan las 6 emociones principales las cuales son ira, tristeza, alegría, miedo, asco y sorpresa, se informa sobre las ventajas de saber manejar las emociones y sensaciones tanto propias como las de el núcleo familiar, así mismo se informan las desventajas de permitir que estas emociones se salgan de control, provocando incidentes de los cuales, luego se pueden arrepentir. Sea por realizar acciones que impulsivas dañinas hacia la otra persona.

Por otra parte, se habla sobre la crianza emocional, donde le permiten al usuario demostrar sus emociones y sensaciones a través del dialogo o llanto, en caso de que lo necesite, por lo tanto se

brindan unas pautas de crianza donde se especifica como abordar las situaciones de crisis, de ira y demás. Con el fin de que una vez el usuario retorne a su hogar, su familia biológica haya realizado las respetivas correcciones para proteger a su hijo (a) y mantenerlo a su lado, convirtiéndose en una familia estable y amorosa, que es lo que el usuario necesita.

Se trabaja en la importancia de enseñar la autorregulación a los usuarios y a la vez ser su modelo a seguir, lo cual, le permitirá aprender de forma más fácil a identificar sus emociones y a gestionarlas o expresarlas de acuerdo a su necesidad.

En este apartado participa una de las hermanas de un usuario, y comenta que en su familia la autorregulación emocional es una de sus debilidades como familia, ya que no la regulan ni gestionan de forma adecuada esta dificultad su expresión.

Otra madre biológica, participa mencionando que las emociones y sensaciones no se tienen en cuenta y que se pasan por alto, por lo tanto, no las reconocen en el momento que deberían regularlas y tener un control en esas emociones desbordadas, que ya han pasado el límite.

Decisiones: *En conclusión varias familias se comprometen a trabajar en la identificación de sus emociones y sensaciones, para así practicar la autorregulación y ser un ejemplo para sus hijos.*

-Se comprometen las familias biológicas a enseñarles a sus hijos el reconocimiento de sus emociones y la importancia de sentirlas y expresarlas de una forma adecuada.

-Se comprometen las familias biológicas a ser unos buenos guías educativos en esta área.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Auto conocerse de forma emocional y sensacional para permitir autorregularse	Familias biológicas	Durante el cuidado de su familia.

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.

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

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Misladis Yuyué	1 002 855.498	mama	Misladis Yuyue
Yon Javer cohaeue		Papá	Yon Javer
Diana Yizeth	1083911561	Mamà	Diana Yizeth
Jose Lizardoo		Padrasto	Jose Lizard.
Mayorly	mamá	yote cuida	Mayorly P.B
edgar	papá	yote cuida	edgar. V L.
Heidipaola alvira c.			Heidipaola.c.
Albenis Alvira c.	mama	yote cuido	Albenis Alvira
BORJA	papá	Yote cuido	BORJA
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
Colaborador que elabora el acta:			

¡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
Version 8	Pagina 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: _____ FECHA 20 de Junio del 2024

HORA INICIAL: 11:00 AM HORA FINAL: 12:00 Pm LUGAR Fundación Social yo fecundo

DEPENDENCIA LIDER: Gestor 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	Miandis	Yon	12279425								Yonzaver	
2	Albenis Alvira	26592	86								AlbenisAl	
3	Mayory pinchao	1193235262									Mayory	
4	edgar Vargas	1082656416									edgar	U
5	Diana Yizeth	1083911561	madre								Diana yizeth	
6	Jose Lizcano	1080360	padre								Jose Lizco	
7	Heidi Paola A.C.										Heidi ac.	
8	BORJA										BORJA	
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *5*	
Hora: *04:00 PM*	**Fecha:** *21 de junio del 2024*
Lugar:	*Fundación social yo te cuido*
Dependencia que Convoca:	*Equipo psicosocial- Gestora de caso*
Proceso:	*La salud en la familia "alteraciones alimentarias"*
Objetivo:	Conocer la importancia de una alimentación adecuada para los usuarios y la familia, disminuyendo la posibilidad de tener enfermedades graves por una mala alimentación.

Agenda:

-Saludo y bienvenida a las familias biológicas.

-Socialización del tema a tratar y el objetivo de la capacitación

-Realización de actividad rompe hielo

-Desarrollo de la temática a través de una presentación en power point.

-Conclusiones de la reunión

-Participación por parte de las familias en cuanto a dudas y demás temas que deseen aportar.

-Compromisos por parte de las familias biológicas con lo aprendido el día de hoy.

Desarrollo: La gestora de caso inicia con una actividad rompe hielo, donde se les pide a los participantes que nombren su comida favorita y explicar el por qué, en esta actividad varias personas participaron nombrando la pizza, arroz con pollo, hamburguesa, espagueti y demás comidas y explicaban algunas personas que era su comida favorita porque se la preparaba la madre, otros que porque la habían probado y les había encantado. Luego de esto la gestora de caso realiza otra pregunta sobre, ¿si alguna vez en su vida se han sentido inconformes con su cuerpo y han querido modificarlo?. Varías mujeres responden que si en algún momento se han sentido de esa forma, pero que no han realizado ninguna alteración.

A través de la anterior dinámica se inicia la formación de los cuidados alimenticios y la buena alimentación, la gestora de caso presenta los principales trastornos alimenticios que existen y sus consecuencias y riesgos en salud, sus alteraciones corporales y cognitivas, también presenta las causas de estos trastornos. Se indica que cuando los niños, niñas y adolescentes están en proceso de desarrollo y crecimiento es importante que la alimentación sea nutritiva, con granos, proteínas, grasas naturales y bajo dulce, para evitar problemas de salud en el futuro, como la diabetes, la obesidad, el colesterol y demás enfermedades derivadas de la mala alimentación.

¡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 gestora de caso pregunta a las familias biológicas que si comprenden lo delicado que es la mala alimentación del núcleo familiar, lo cual las familias responden de forma participativa:

Algunas familias participan mencionando que su alimentación es prioritaria en el hogar y que es balanceada, porque han tenido familiares que han muerto por la mala alimentación en el trascurso de su vida, por lo tanto esto ha generado conciencia en ellos y practican ese cuidado a diario.

Por otra parte, otra familia menciona que la alimentación debe ser fundamental para los niños, niñas y adolescentes que están en proceso de desarrollo y crecimiento. Luego una madre biológica felicita al equipo psicosocial por las capacitaciones que brindan a las familias biológicas, ya que son de gran ayuda para ellos.

Decisiones: *En conclusión varias familias se comprometen a mejorar en la crianza alimenticia y a ser mas conscientes de lo que comen.*

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Brindar una alimentación adecuada para los niños, niñas y adolescentes del hogar.	Familias biológicas	Durante el cuidado de su familia.

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.

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

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
María Cecilia Lozano	mamá	Yo te cuido	María
Santiago Arenas	Papá	Yo te cuido	Santiago
Gustavo Rodríguez	Papá	Yo te cuido	Gustavo
Pablo Ortiz Pisa	Papá	Yo te cuido	
Yannetth Hoyos Anaya	madrastra	Yo te cuido	
Nancy Contreras	Madre	Yo te cuido	
Liliana Rivera Sanchez.	madre	Yo te cuido	Liliana Rivera S.
Nelson Andres otalora A.	padre	Yo te cuido	
Daniela Medina Gutiérrez	Hermana	Yo te Cuido	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
Colaborador que elabora el acta:			

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
Version 0	Pagina 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: La Salud en la Familia "Alteraciones alimentarias" FECHA 27 de junio del 2024

HORA INICIAL: 04:00 PM HORA FINAL: 05:00PM. LUGAR Fundación Yo te Cuido

DEPENDENCIA LIDER: 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	María escoba	1061772361	madre	Yo te cuido					3033700330			María escoba
2	SANTIAGO MUÑOZ	1061772116	PADRE	Yo te cuido					3232807368			SANTIAGO MUÑOZ
3	Gustavo Rodas	7724122	padre	yo te cuido					3213276824			Gustavo
4	Daniela Medina C	1081421124	Hermana	Yo te Cuido					3205049272			Daniela
5	Aceneth Gutierrez G.	52471346	Mamá	Yo te Cuido					3102498586			Aceneth G.
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°05		
Hora: 8:00 AM Y 2:00 PM		**Fecha: 14 Y 17 /06/2024**
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:	**Apoyar espacios claves en los encuentros biológicos con el fin de que las familias apropien replique en sus vidas.**	

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 les da a conocer el tema de ***La salud en la familia "Alteraciones alimentarias"*** la cual es relevante se orientó la actividad "pato, pato GANZO" esta consistió en rotar una pelota, cada vez que la psicóloga manifestara la palabra (pato) y cuando terminara con la palabra (Ganso) la persona que le corresponda la pelota Respondería, "porque es importante alimentarnos bien en familia" que la dinámica fue activa y se lograron resultados como:

-Cuidar nuestros hijos

-Nuestra familia y salud

-Alargar los años estando bien todo en el hogar.

PUBLICA

La parte central se trabajó la importancia de tener una alimentación saludable, esta se realizó ofreciendo una fruta con una tarjeta en salud mental a los participantes, Se compartió la importancia de una alimentación saludable, se trata de comer sano, las dietas ricas en alimentos desde el consumo de frutas, verduras ayuda al equilibrio emocional. La invitación a incluirlas diariamente en las comidas como mayor nutrición buscar tener beneficios en la física como mental.

Se complementó el espacio con "Frases sobre salud y bienestar"

Vivir bien y, de hecho, cada vez mejor, es el pilar en el que se sustenta el bienestar de las personas.

- El ejercicio es clave para la salud física y de la mente-Nelson Mandela, político.
- Saber comer es saber vivir-Confucio, filósofo.
- Nuestros cuerpos son nuestros jardines; nuestras decisiones, nuestros jardineros- William Shakespeare, escritor.
- Que la comida sea tu alimento, y tu alimento tu medicina-Hipócrates, médico.

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 la alimentación saludable con los hijos como eje de cuidado familiar

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

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

PÚBLICA

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

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

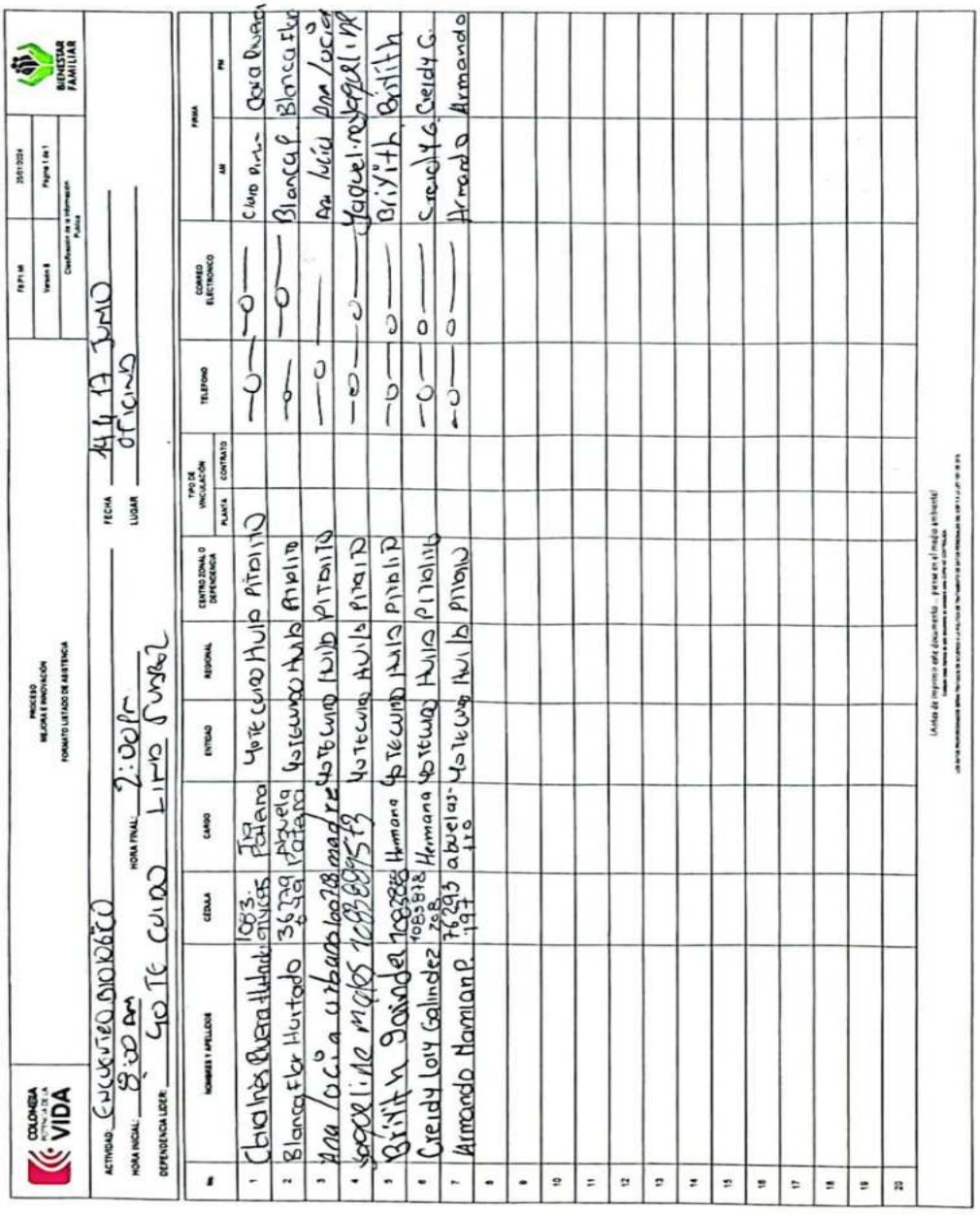






LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

LISTADO DE ASISTENCIA



Escaneado con CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°05		
Hora: 8:00 AM Y 2:00 PM		**Fecha: 14 Y 17 /06/2024**
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 en las familias la importancia de los "Sentimientos y emociones" con el fin de apropiarse y replicarlo en su vida**.**	

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 les da a conocer el tema de ***Sentimientos y emociones*** la cual es relevante porque aporta al desarrollo personal, Para ello se inició con una actividad la cual consistió en dar gracias Dios desde sus creencias y luego saludar al compañero del lado con una sonrisa, donde se formaron dos círculos entre los participantes; uno al interior y otro exterior donde ellos quedaran cara a cara. Luego la gestora que oriento la actividad indico que se movieran dando dos pasos a la derecha los integrantes del círculo de afuera, aquí saludaban con una carcajada, finalmente dar un paso los del círculo central y dar un abrazo al compañero que quedara al frente; las personas se mostraron sonrientes y muy alegres como lo es brindar un saludo de muchas

PÚBLICA

formas da alientos y hace que la salud mental oxigene, se trabaja el taller con el fin de reforzar la temática de las emociones.
En seguida, se llevó a cabo la actividad del “Semáforo” se les explico esta estrategia clave para trabajar proyecto de vida y sobre todo tener mucho más control de sí mismos:

Se indica que el semáforo nos orienta “PARA PIENSA Y ACTUA”: Consiste en seguir las luces que señalan cuando tenemos que parar (rojo), cuando tenemos que pensar (amarillo) y cuando podemos actuar (verde).

A través del semáforo se fortalecerán las siguientes emociones:

•Alegría, orgullo Cuando tenemos un éxito o un resultado positivo. Experimentamos satisfacción y bienestar y se traduce en unja expresión facial característica y universal que además resulta muy atractiva: la risa, Experimentamos entonces una gran satisfacción.

•Gratitud. Cuando expresamos un reconocimiento sincero por algo que hemos recibido. Esta emoción tiene la capacidad de estrechar lazos y profundizar relaciones.

•Interés. Provocado por un estímulo que no nos crea temor sino el deseo de conocer y experimentar. Mientras que los estímulos que provocan miedo aceleran nuestro pulso, aquellos que provocan interés lo disminuyen. Esta emoción nos ayuda a conocer mejor nuestro entorno.

Posterior se realizó una reflexión denominada “Autoperdón”: la actividad donde está se pretendió realizar una introspección personal, identificando emociones, pensamientos o sentimientos, algunas acciones pequeñas para dedicar un poco de tiempo a sí mismo en la vida diaria que estas pueden generar un gran impacto para ello se pidió que fueran utilizando la expresión “yo me perdono” en una hojita escribían lo que desean deshacer y la intención del ejercicio fue liberar

PÚBLICA

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

esas cargas emocionales, se invitó que en su hogar cada persona la quemaba como un símbolo de autoperdón, sanación, liberación y resiliencia.

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 el semáforo (rojo parar –ira enojo) –(amarillo-respirar) –(verde continuar una vez esté tranquilo)

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

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

PÚBLICA

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

REGISTRO FOTOGRAFICO





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



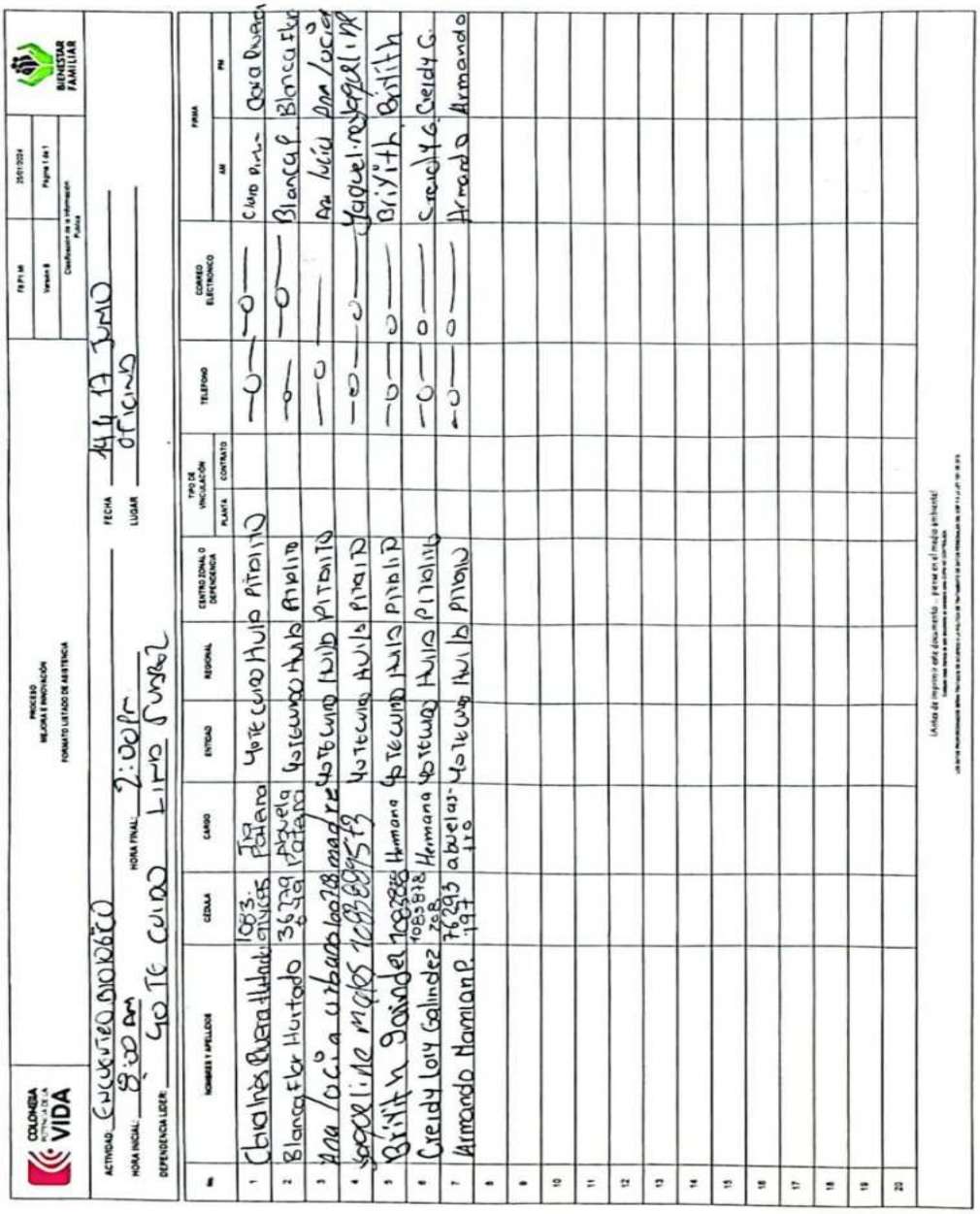


¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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.

LISTADO DE ASISTENCIA



PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

ACTIVIDAD: Encuentro diocesano — FECHA: 14 y 15 junio
HORA INICIAL: 8:00 am — HORA FINAL: 2:00pm — LUGAR: oficina
DEPENDENCIA LÍDER: Grupo Lineamientos Juridicos

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN: PLANTA	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA: AM	FIRMA: PM
1	Clivia Ruth Caballero	1063...	Tia Materna	Yotecuro Huila	Pitalito						Clivia Ruth	Clivia Ruth
2	Blanca Flor Hurtado	36739...	Abuela Materna	Yotecuro Huila	Pitalito						Blanca F.	Blanca Flor
3	Ana Lucia urbano	1002...	madre	Yotecuro Huila	Pitalito						Ana Lucia	Ana Lucia
4	Yaqueline Mejia	1083...	Yotecuro	Huila	Pitalito						Yaqueline Mejia	Yaqueline Mejia
5	Brihyth Bonilla	1083...	Yotecuro	Huila	Pitalito						Brihyth	Brihyth
6	Creidy Loiy Galindez	1083...	Humana	Yotecuro	Huila	Pitalito					Creidy G.	Creidy G.
7	Armando Narvaez	76293...	abuelas	Yotecuro	Huila	Pitalito					Armando	Armando
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

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

Escaneado con CamScanner

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, no presentó ninguna novedad o solicitud que pudiera afectar la atención en la modalidad de acogimiento familiar de los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata

Sin embargo, nos comprometemos que dado el caso que se presente alguna situación esta será reportada de manera inmediata a la supervisión del contrato y se tomaran las acciones pertinentes en pro de subsanar la situación.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, se dio cumplimiento con todas las disposiciones y orientaciones recibidas en pro de garantizar el cumplimiento de todas las acciones enmarcadas en la prestación del servicio de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

REVISION DE PLANILLAS DE CUPOS ATENDIDOS MES DE JUNIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

De COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>
Para <irma.almario@icbf.gov.co>, <claudia.vidal@icbf.gov.co>, <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>
Cc <linam.cubillos@icbf.gov.co>, <maryi.vargas@icbf.gov.co>, <claudia.gonzales@icbf.gov.co>, <rocio.sanchez@icbf.gov.co>, <gisla.silva@icbf.gov.co>, <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Fecha 2024-07-03 08:54

Rev Costo fijo Planilla HS YO TE CUIDO JUNIO CT 41002102024.xlsm (~671 KB)

Doctoras
Irma Almario
Leidy Sanchez
Claudia Vidal
Coordinadoras/Supervisoras del Contrato
Lina Maria Cubillos
Profesional GAT

Cordial Saludo,

Por medio de la presente envío planillas de atención para su respectiva verificación y aprobación de las planillas adjuntas, lo anterior para dar cumplimiento a la fecha de pago de las madres sustitutas.

Quedo atento a cualquier inquietud.

Atentamente,

--
FABIAN ANDRES LAMILLA GALVIS
COORDINADOR MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
CEL. 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 30 de junio del año 2024, atendió un total de 99 cupos en la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y Plata, los cuales se discriminan a continuación:la

Centro zonal	Vulneración	Discapacidad	Total
Garzón	28 cupos	07 cupos	35 cupos
Pitalito	**19** cupos	11 cupos	30 cupos
La plata	29 cupos	05 cupos	34 cupos
total			99 cupos

Neiva – 05 de julio del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

Fecha de visita: 17/06/2024

Hogar Sustituto	Vulneración X	Discapacidad	Tutor

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional HUILA Centro Zonal LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Calle 13 No. 5 E 34 Villa del Prado	3107865661

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO	41709184	3107865661

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
30-05-24	Ledi Constanza Rojas	Fundación Yo te cuido

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

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

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

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	GARCIA	GUALTEROS	DISNEY
	Identificación: 36382703		

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
CALLE 3 SUR # 9-48	NO REPORTA	3106284835

Barrio:	Correo electrónico:
EL PORTAL	disneygarcia2017@hotmail.com

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	ASTRID JOHANA VARGAS QUIMBAY	12-01-2008	T.I 1121864259	Sin dato	18/04/2024	Comisaria de familia Algeciras
2	CRISTIAN MAURICIO VARGAS OME	19/04/2009	T,I 1094919748	23438915	27/02/2024	DEFENSORIA PRIMER DE FAMILIA. ALONSO MARTINEZ

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

La Visita se Realizo con Buen Resultado y con Cumplimiento por Parte de la Madre Sustituta

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Los Usuarios Mantienen Contacto con sus Familias quienes Hacen Parte del Proceso de C/H de Ellos.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

La Carpeta debidamente organizada. Y con documentación completa y Reportes de Citas Medicas.

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

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

Reciben la Prenda muy Complementa Dotacion en Buen Estado.

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

Documentación debidamente legajada se recomienda actualizar documentación vencida. Entrega de kit de aseo y apoyo alimentario.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

Dormitorios	X	X	X	X	X	X	X
Baños	X	X	X	X	X	X	X
Espacio de estar	X	X	X	X	X	X	X

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

Buenas Condiciones de Higiene y Aseo

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

se Recomendo actualizar Documento Cuenta Vereda.
- Posterior a la Visita en la tarde Envio Evidencia de actualizaciones Realizada

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita **LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO**		**Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita** **DISNEY GARCIA GUALTEROS**
Firma de la persona que realiza la visita		**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 41709184	**TP.228794112-1**	**CC. 36382703**
Celular: 3107865661		**Celular: 3106284835**
Correo electrónico: psicologiaplata@fundacionyotecuido.com		**Correo electrónico:** **disneygarcia2017@hotmail.com**

Notas:

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

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

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

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Disney García

Dirección: 17-06-2024

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	NA	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	NA	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	N/A	
19	Los balcones deben tener protección.	NA	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	NA	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	NA	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Firma de la persona que realiza la verificación Ledi Cuentas Ruiz, 44
CC. 41709184 **TP.** 2287941I2-1
Celular: 3107865661
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	17-06-2024	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Dismey Garcia Gualteros

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1	000205240	15-10-24

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		1 bolsa Para el consumo adecuado almacenamiento

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Ledi Constanza Rojas M.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas		X
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo		
Bloqueador solar		
Champú		
Crema dental		
Papel Higiénico		
Gel Antibacterial		
Cepillo y betún para zapatos		

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Cristian Mauricio Vargas

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Disney García G.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ledi C. Ref, 49

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo		
Bloqueador solar		
Champú		
Crema dental		
Papel Higiénico		
Gel Antibacterial		
Cepillo y betún para zapatos		

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Astrid Johana Vargas Quimbay

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Disney García G.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Lodi C. Ayala

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 17/06/2024

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

Regional HUILA Centro Zonal LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Calle 13 No. 5 E 34 Villa del Prado	3107865661

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
LEDI CONSTANZA ROJAS M	41709184	3107865661

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
20-06-24	Paola Pulido	ICBF

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

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

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

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACION DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	SERRATO	VARGAS	ROSALBA
	Identificación: 36376687		
Dirección: Carrera 4 No. 8-52		Tel. Fijo: NO REPORTA	Celular: 3222408941
Barrio: SAN RAFAEL		Correo electrónico: rosalbaserrato421@gmail.com	

1. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	JUAN CARLOS RAMIREZ MUÑOZ	4/09/1982	12282240	23404106	7/10/2019	DEFENSORIA SEGUNDA DE FAMILIA
2	DENCY CARINA CUNACUE	25/03/2020	R.C 1081618593	23439254	09/04/2024	DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA ALONSO MARTINEZ

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

Powered by CamScanner

3	LUCIANA CUNACUE	27/02/2018	R.C 1081423813	1763995826	09/04/2024	DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA ALONSO MARTINEZ

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Recibe atención psicosocial. LUCIANA CUNDAR	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

documentación completa y se observa ejerte acompañamiento permanente de la Madre sustituta en el cumplimiento de lo dispuesto

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

En contacto con la Fli durante los Días otel: Sin Poder cumplen con Realizar Visita durante la cuarentena afectada ante Sea Hecha.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

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

Observaciones:

documentación completa Segun Ley 1098.

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

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

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

Powered by CamScanner

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

Observaciones:

Carpeta completa de la Madre Sustituta Pendiente anexar dentro Red de apoyo

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

Lavandería	X	X	X	X	X	X	X
Dormitorios	X	X	X	X	X	X	X
Baños	X	X	X	X	X	X	X
Espacio de estar	X	X	X	X	X	X	X

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

Condiciones de higiene aceptables ante Hallazgo

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

Se Recomendo Cobre la Halla ante NO se le cumplido el Plazo Xa su Cumplimiento

- antecedente Red de apoyo
- Registro de Medicamento de fuera Cobre

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita ROSALBA SERRATO VARGAS
Firma de la persona que realiza la visita Ledi Constanza Rojas M.		Firma de la persona que recibe la visita Rosalba Serrato V.
CC. 41709184	TP. 2287944112-1	CC. 36376687
Celular: 3107865661		Celular: 3222408941
Correo electrónico: hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com		Correo electrónico: rosalbaserrato421@gmail.com

Notas:

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

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

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: ROSALBA SERRATO

Dirección: KRRA 4 # 8-52

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	NA	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	NA	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	NA	
19	Los balcones deben tener protección.	NA	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	NA	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Firma de la persona que realiza la verificación	Ledi Quintero Rojas
CC. 41.709184	**TP.** 2287944112-1
Celular: 3107865661	
Correo electrónico: Psicologoaplista@fundacionyotecuido.com.	

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27-06-24	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Rosalba Sesento Vargas

	SI	NO	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1	0002052040	15-10-24

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Buen almacenamiento y Bolsa q/ la tiene xa Consumo.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Rosalba Serrato	Leidi Cantaya Rojj 4.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
	PERSONAL	
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
	USO COMUN	
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo		
Bloqueador solar		
Champú		
Crema dental		
Papel Higiénico		
Gel Antibacterial		
Cepillo y betún para zapatos		

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: LUCIANA CUNACUE

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Rosalba Acosta O

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ledi Cantaro

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
	PERSONAL	
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
	USO COMUN	
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo		
Bloqueador solar		
Champú		
Crema dental		
Papel Higiénico		
Gel Antibacterial		
Cepillo y betún para zapatos		

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Dency Cunaca

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Rosalba Serrato

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ledi Quintero 26/10/24.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 3 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	**SI**	**NO**
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	**SI**	**NO**
Crema de manos y cuerpo		
Bloqueador solar		
Champú		
Crema dental		
Papel Higiénico		
Gel Antibacterial		
Cepillo y betún para zapatos		

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: JUAN CARLO ALVAREZ

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosaelia Serrato

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ledi Cantaro Rojas

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 20		
Hora: 8:00 am	**Fecha:** 19 de Junio del 2024	
Lugar:	La Floresta	
Dependencia que Convoca:	Fundación yo te cuido	
Proceso:	Misional	
Objetivo:	Promover y preservar la identidad cultural del Huila en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de la modalidad hogar sustituto.	

Agenda:

1. Saludo
2. Ejecución de la programación organizada.
3. Decisiones y compromiso.

Desarrollo

1. Siendo las 8:00 a.m. del Miércoles 19 del año en curso, se da inicio a la celebración del san pedrito junto con los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, madres sustitutita y funcionarios de la fundación yo te cuido se les da la bienvenida y un caluroso saludo.
2. Se da paso a la ejecución de la programación organizada sin antes descatar la importancia y lo que se conmemora para estas fiestas lo cual es un reflejo de la identidad cultural de la región incluye rituales, danzas folclóricas, música tradicional y gastronomía típica, que son parte integral del patrimonio cultural del Huila. Celebrar estas tradiciones no solo fortalece la identidad local, sino que también promueve el orgullo por las raíces culturales de la comunidad; donde se proporciona un espacio para fortalecer los lazos sociales, fomentar la solidaridad y la colaboración entre los habitantes del Huila, independientemente de diferencias sociales o económicas. Esto contribuye a una mayor cohesión social y al sentido de pertenencia compartida. Se da inicio a la programación organizada de la siguiente manera:

- Palabras del equipo.
- Rajaleñas a cargo del hogar sustituto de Gigante.
- Canción Garzón yo soy de ti hogar sustituto Ana Milena
- Rajaleñas a cargo del hogar sustituto Mirian.

PÚBLICA

- Actividad recreativa dirigida a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad.
- Interpretación de la canción el estropajo a cargo del equipo de la fundación.
- Rajaleñas a cargo de los hogares sustitutos de la Jagua.
- Exposición de los platos típicos a cargo del hogar sustituto de la seora Clara.
- Rajaleñas a cargo de la madre sustituta Alix.
- Actividad recreativa dirigida a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad

Al terminar las presentaciones organizadas se hace entrega de una medalla como reconocimiento por la participación a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y madres sustitutas por su participación. Finalmente se hace entrega de un refrigerio alusivo a las festividades lo cual fue un plato de asado huilense.

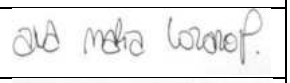
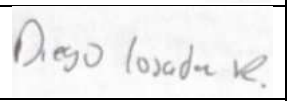
Decisiones:

Es importante tener en cuenta que las festividad de San Pedro en el Huila es una manifestación clave de la identidad cultural de la región lo cual es esencial es esencial para el fortalecimiento de la identidad cultural, la cohesión social y el desarrollo económico de la región, al mismo tiempo que nutre la dimensión espiritual y religiosa de la comunidad.

Se da por finalizada la jornada a las 12:00 m

Compromisos / tareas	**Responsable(s): Nombre / Cargo o rol**	**Fechas**
Continuar fortaleciendo y fomentando las costumbres Huilences.	Niños, Niñas, adolescente Jóvenes de la fundación y madres sustitutas.	Continuo

FIRMA ASISTENTES

Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Ana María lozano plaza	Pedagoga	Fundación social yo te cuido	
Diego Alejandro Losada	Fisioterapeuta	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por confirmar	Por confirmar	Por confirmar
Colaborador que elabora el acta:	Ana María Lozano Plaza		

PÚBLICA

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS











PUBLICA

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Kevin santana	Usuario	F yo te cuido	Kevin santana
Viviana Alay Perdomo	Usuario	F. yo te cuido	Viviana P.
Yeimi Alejandra Hole	Usuario	F. yo te cuido	Yeimi Alejandra
charol Nikol	Usuario.	F. yo te cuido	charol
stiven oltengo	Usuario	F yo te cuido	stiven oltengo
JESUS ABEL ROJAS	Usuario	F. yo te cuido	GABRIA JESUS
Sharit mariana serrano al.	Usuario	F. yo te cuido	Sharit mariana S.
Luciana michell Castro	Usuario	F. yo te cuido	Luciana M.
valerin Sofia castro	Usuario	F. yo te cuido	valerin sofia
Yuli Caballero	Usuria.	F. yo te cuido	yuli C.
Maria Guadalupe Pizo	Usuaria	F. yo te cuido	Maria Guadalupe
Gomez Maria fernanda	Usuaria	F yo te cuido	Gmfl H.F
Carmen Yuleth Muñoz	Usuaria	F. yo te cuido	Muñoz Yuleth
Andrés Felipe B.P	Usuario	F. yo te cuido	Andrés BP
Leonor Gutierrez	Usuaria	F. yo te cuido	Leonor mendoza
Alexis cardona	Usuario	F. yo te cuido	Alexis cardona
bahara sandoval	Usuaria	F. yo te cuido	
Elian zair Sandoval	Usuario	F. yo te cuido	
yiber sandoval.	Usuario	F. yo te cuido	
yoe Deiner Vazquez	Usuario	F. yo te cuido	
jobana Alejo Perdomo	Usuaria	F. yo te cuido	jobana Perdomo
Nicolas Mardano	Usuario	F. yo te cuido	
Sofia Alejandra Bernal	Usuaria	F yo te cuido	Sofia Alejandra
Emli Sofia Bayardo	Usuaria	F yo te cuido	Emli Sofia
Ashly yuleth Perez C.	Usuaria	F yo te cuido	
Ian Mathias Ospina	Usuario	F. yo te cuido	
Victor Cardona	Usuario	F. yo te cuido	VICTOR

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	Por confirmar	Por confirmar	Por confirmar.
Colaborador que elabora el acta:	Ana Maria Arano.		

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Clara ines Rojas	M.S	F 40 tecido	[firma]
olga Lucia	M.S	F 40 tecido	[firma]
Viviana Cabrera	M.S	F 40 tecido	[firma]
Fanny Cedeel	M.S.	F 40 tecido	[firma]

	Fecha	Hora	Lugar
Próxima reunión	Por confirmar	Por confirmar	Por confirmar
Colaborador que elabora el acta:	Ana Maria Lozano P.		

PÚBLICA

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Oneida Suarez Andrade

Dirección: Cl 2 N. 3-38 Santa Rosa La Jagua.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	x	
3	Sin grietas.	x	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.		x
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	x	
6	Sin humedad.	x	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	x	
8	Ventilación e iluminación natural.	x	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	x	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	x	
11	Baños con puertas seguras.	x	
12	Sanitarios en perfecto estado.	x	
13	Espejos en perfecto estado.	x	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	x	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	x	
16	Las escaleras no deben tener grietas.		No cuenta
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		No cuenta
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.		No cuenta con escaleras
19	Los balcones deben tener protección.		No cuenta
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	x	
21	Los cables deben estar cubiertos.	x	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	x	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	x	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	x	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.		NO cuentan con camaras
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Se menciona que no han cambiado el vidrio que tiene roto, lo cual se solicito el oportuno cambio de forma inmediata.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Firma de la persona que realiza la verificación
Laura Fernández Soto - Karen Yoreni Alvarez
CC. 1037873295 - 1004442110 | **TP.** 219284 - 1004442110
Celular: 3222386509 - 3138249598
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Viviney Galindo

Dirección: Cr 9N. 3-05 B/San Jose La Jagua

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	✓	
3	Sin grietas.	✓	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	✓	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	✓	
6	Sin humedad.	✓	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	✓	
8	Ventilación e iluminación natural.	✓	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	✓	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	✓	
11	Baños con puertas seguras.	✓	
12	Sanitarios en perfecto estado.	✓	
13	Espejos en perfecto estado.	✓	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	✓	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	✓	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	✓	No tiene.
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		No tiene.
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.		No tiene.
19	Los balcones deben tener protección.		No tiene.
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	✓	
21	Los cables deben estar cubiertos.	✓	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	✓	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	✓	
26	Paredes limpias.	✓	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	✓	Solicitud,
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	

OBSERVACIONES

Se han realizado las solicitudes para la obtencion de una silla adaptada a las necesidades de la discapacidad de Jesús.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Laura Fernández Soto - Karen Yasenia Alvarez	
CC. 1077873295 - 1004442110	**TP.** 219284 - 1004442110
Celular: 3222386509 - 3138249598	
Correo electrónico:	

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Aleyda Yaneth Cabrera Vargas

Dirección: Cll 8B N. 7 - 60 B/Sabambo

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	fuera de servicio
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	No se usan.
19	Los balcones deben tener protección.	X	No se usa
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.		No cuenta con esta población
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.		No cuenta con cámaras
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

la casa cuenta con 2º piso y escaleras sin embargo no hacen parte del uso de la casa.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Laura Fernández - Karen Yarenia Alvarez
Firma de la persona que realiza la verificación
Laura Fernández Soto - Karen Yarenia Alvarez.
CC. 1178873295 - 1004442110 **TP.** 219284 - 1004442110
Celular: 3222386509 - 313 8249598
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Clara Ines Rojas

Dirección: Cra 1b N. 3b-25 Las Palmas.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	✓	
3	Sin grietas.	✓	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	✓	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	✓	
6	Sin humedad.	✓	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	✓	
8	Ventilación e iluminación natural.	✓	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	✓	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	✓	
11	Baños con puertas seguras.	✓	
12	Sanitarios en perfecto estado.	✓	
13	Espejos en perfecto estado.	✓	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	✓	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	✓	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	✓	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	✓	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	✓	
19	Los balcones deben tener protección.		
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.		
21	Los cables deben estar cubiertos.	✓	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	✓	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	✓	
26	Paredes limpias.	✓	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	✓	No cuenta con esta población
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Firma de la persona que realiza la verificación Karen Yesenia Alvarez - Laura Fernández Soto
CC. 1004442110 - 1077873295 | **TP.** 1004442110 - 219289
Celular: 3138249598 - 3222386509
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Rosa Terreros Castello

Dirección: Cr 16 B 1 A B/Nuevo Horizonte

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Laura Fernández Soto - Karen Yesenia Alcaz Cacado

Firma de la persona que realiza la verificación

Laura Fernandez Soto - Karen Yesenia Alcaz Cacado

CC. 1077873296 - 1004442110 | **TP.** 219284 - 1004442110

Celular: 3222386509 - 3138249598

Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Paola Liliana Barrero Fragua

Dirección: Cr 3 N. 1 - 09 B/ universitario

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	✓	
3	Sin grietas.	✓	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	✓	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	✓	
6	Sin humedad.	✓	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	✓	
8	Ventilación e iluminación natural.	✓	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	✓	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	✓	
11	Baños con puertas seguras.	✓	
12	Sanitarios en perfecto estado.	✓	
13	Espejos en perfecto estado.	✓	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	✓	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	✓	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	✓	No tiene.
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	✓	No tiene
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	✓	No tiene.
19	Los balcones deben tener protección.	✓	No tiene
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	✓	
21	Los cables deben estar cubiertos.	✓	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	✓	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	✓	
26	Paredes limpias.	✓	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	✓	No cuenta con esta población en este momento
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Laura Fernandez Soto - Karen Yesenia Alcaraz Calcedo

Firma de la persona que realiza la verificación

Laura Fernández Soto - Karen Yesenia Alcaraz

CC. 1077873295 - 1004462110 | **TP.** 219284 - 1004462110

Celular: 3222386509 - 3135249595

Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Eduviges Gonzales M.

Dirección: Cr 5 N. 10 - 27 B/ Sasmo Soarez

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Firma de la persona que realiza la verificación Laura Fernández Soto – Karen Yesenia Alvarez
CC. 1097383295 - 1004442110 | **TP.** 219289 - 1004442110
Celular: 3222386809 - 3138244[illegible]
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Sandra Calderon Castello

Dirección: Cll 2 N. 3- 32 San Cayetano La Jagoa.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	✓	
3	Sin grietas.	✓	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	✓	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	✓	
6	Sin humedad.	✓	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	✓	
8	Ventilación e iluminación natural.	✓	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	✓	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	✓	
11	Baños con puertas seguras.	✓	
12	Sanitarios en perfecto estado.	✓	
13	Espejos en perfecto estado.	✓	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	✓	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	✓	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	✓	No tiene.
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	✓	No tiene.
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	✓	No tiene.
19	Los balcones deben tener protección.	✓	No tiene.
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	✓	
21	Los cables deben estar cubiertos.	✓	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	✓	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	✓	
26	Paredes limpias.	✓	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.		No cuenta con poblq cuán
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Firma de la persona que realiza la verificación
Karen Yesenia Alvarez - Laura Fernández Soto
CC. 1004442110 - 1077873295 | **TP.** 1004442110 - 219284
Celular: 3222386509
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Fanny Cediel

Dirección: Cll 2 sur N. 9-03 B/Los olivos.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	✓	
3	Sin grietas.	✓	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	✓	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	✓	
6	Sin humedad.	✓	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	✓	
8	Ventilación e iluminación natural.	✓	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	✓	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	✓	
11	Baños con puertas seguras.	✓	
12	Sanitarios en perfecto estado.	✓	
13	Espejos en perfecto estado.	✓	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	✓	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	✓	
16	Las escaleras no deben tener grietas.		No tiene.
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		No tiene.
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.		No tiene.
19	Los balcones deben tener protección.		No tiene.
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	✓	
21	Los cables deben estar cubiertos.	✓	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	✓	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	✓	
26	Paredes limpias.	✓	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.		No Aplica
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	

OBSERVACIONES

La vivienda se encuentra en buenas condiciones de higiene, orden y con espacios adecuados. con la seguridad pertinente.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Karen Yesenia Alvarez C - Laura Fernandez Soto	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Karen Yesenia Alvarez - Laura Fernández Soto	
CC. 1004442110 - 1077873295	**TP.** 1004442110 - 219284
Celular: 3138249598 - 3222386509	
Correo electrónico:	

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Ana Milena Fragua

Dirección: Cll 3 N. 10 21 Barrio el bosque.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	✓	
3	Sin grietas.	✓	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	✓	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	✓	
6	Sin humedad.	✓	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	✓	
8	Ventilación e iluminación natural.	✓	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	✓	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	✓	
11	Baños con puertas seguras.	✓	
12	Sanitarios en perfecto estado.	✓	
13	Espejos en perfecto estado.	✓	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	✓	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	✓	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	✓	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.		en proceso
19	Los balcones deben tener protección.	✓	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	✓	
21	Los cables deben estar cubiertos.	✓	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	✓	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	✓	
26	Paredes limpias.	✓	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.		No aplica
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	

OBSERVACIONES

la madre sustituta se encuentra adelantando las acciones para colocar las rejas de seguridad que faltan.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Firma de la persona que realiza la verificación	Karen Yesenia Alvarez - Laura Fernandez Soto
CC. 1004442110 - 1077873295	**TP.** 1004442110 - 219284
Celular: 3138249598 - 3222386509	
Correo electrónico:	

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Marleny Fragua

Dirección: Cll 7 N. 2 6 11 B/ Santa Clara

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	

Powered by CamScanner