**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. | | |
| 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**

Karen Lesania Alvarez Cañedo - Laura Fernández Soto

**Firma de la persona que realiza la verificación**

Karen Lesania Alvarez - Laura A. 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:** Marcam Almario Calderon

**Dirección:** Cra N. 6-53 B/Centro

| 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 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. | 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 |
| 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 unidad de servicio cuenta con buenas condiciones de infraestructura, limpieza y orden. No cuenta con balcones ni escaleras.

| |
|---|
| **Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación** |
| **Firma de la persona que realiza la verificación** |
| Laura Fernández Soto - Karen Yasmin 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:** Olga Lucia Triana

**Dirección:** Cl 16 N. 2-63 Reservas de Garzón

| 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 tiene en el momento 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 - 219284 |
| **Celular:** 3138249598 - 3222386509 |
| **Correo electrónico:** |

Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 27/06/2024

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

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundación Social "Yo te Cuido". | Calle 1 A # 5-52. Barrio: Trinidad. | 3132040036. |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Paola Carolina Vargas | 1.083.866.191. | 3132040036. |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 25/05/2024. | | Fundación Social "Yo te Cuido". |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Urbano | Horcia | Luz Nelly |
| | Identificación: 26.567.386. | | |

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


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

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

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

Powered by CamScanner

| Dirección: Cra 9C Este #13-69 Sur | Tel. Fijo N/A | Celular 3138348005 |
|---|---|---|
| Barrio: Las Palmitas. | Correo electrónico: luznellymurcia@gmail.com. | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Andrés Felipe Martínez Males | 21/08/2014 | 1.144.633.353 | 1763841634 | 22/11/2023 | Defensoría Familia Tercera / Cristina Molina |
| 2 | Emanuel Santiago Martínez Males | 23/08/2011 | 1.082.158.033 | 2350005 70 | 22/11/2023 | Defensoría Familia Tercera / Cristina Molina |
| 3 | Yuliana Paloma Martínez Males | 09/12/2017 | 1.083.931.201 | 23594136 | 22/11/2023 | Defensora Familia Tercera / Cristina Molina. |
| 4 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |
| 5 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

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



Powered by CamScanner

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Actualmente, los usuarios activos en la unidad de servicio cuentan con atenciones psicosociales de acompañamiento y orientación. Adicional, reciben atención en Salud especializada con terapias integrales y participación en institución educativa especial pública; para personas en condición de Discapacidad - DCP.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



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

Powered by CamScanner

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos. | Si No | Si No | Si No | Si No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

Los usuarios activos a la unidad de servicio, cuentan con acompañamiento y fortalecimiento familiar de sus padres biológicos, mediante encuentros biológicos de manera mensual. Actualmente, se efectúa orientación al usuario Emanuel Martínez, fortaleciendo e instaurando el Autocuidado (Aseo-presentación personal), con compromisos adquiridos por el usuario y apoyo madre sustituta.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

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



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

En el momento de la visita domiciliario, se evidencia carpetas con soportes actualizados, evidencia correos electrónicos de las acciones asignacion de citas, y terapias integrales.

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

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

En el momento de la visita domiciliaria, se identifica dotación (Personal - Escolar y elementos de aseo individual) en buen estado.

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

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



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

En el momento de la visita domiciliaria, se observa carpeta en buen estado. Actualización a la fecha de soportes documentación personal y respectiva certificación de capacitaciones mensuales.

**Revisión de espacios: En cada casilla coloque**

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

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



Powered by CamScanner

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

En el momento de la visita domiciliaria mes Junio/2024, se evidencia; casa con condiciones higiénicas adecuadas.

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

- Se recomienda a la madre sustituta; colocar en el cartel visible, formato "Pacto de Convivencia" y "Confidencialidad".
- Se recomienda a la madre sustituta dejar visible el directorio actualizado del equipo operador.
- Se orienta a la madre sustituta; asignación de cita especialidad Nutrición – Dietética, Psicología y Terapias Integrales y Fonoaudiología, usuaria Paloma Martinez
- Se orienta a la madre sustituta; asignación de cita especialidad: (Neurología Pediátrica – Prueba Cognitiva y Psicología Clínica) para el usuario Emanuel Martinez.
- Se orienta a la madre sustituta asignación de cita especialidad (Psicología Clínica, Prueba Cognitiva y Terapias ocupacionales – Fonoaudio



Powered by CamScanner

logro para el usuario Andrés Felipe Martínez.

- Se recomienda a la madre sustituta; solicitar certificaciones de los usuarios en las jornadas de participación formativa del mes de Junio/2024.

- Se orienta a la madre sustituta, actualización del "Adres", en todos los usuarios y madre sustituta.


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

CLASIFICADO

Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__✓__ Condiciones satisfactorias
_____Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|---|
| Rocio Carolina Vargas Paz. | | Luz Nelly Urbano Hurtado. |
| Firma de la persona que realiza la visita | | Firma de la persona que recibe la visita |
| CC. 1.083.866.191 | TP. 128256 | CC. 26417866 |
| Celular: 3132040036 | | Celular: |
| Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPROTECCION@gmail.com. | | Correo electrónico: luznellyurbano@gmail.com. |

**Notas:**

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



Powered by CamScanner

| 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 | 27/06/2024. | CENTRO ZONAL | Pitalito. |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA | Luz Nelly Urbano Horcia. | | |

| | SI | NO: | UNIDAD AAVN | LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN? | | ✓ | | | |

| | SI | NO: | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| ¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO? | | | En el momento de la visita domiciliaria, la unidad de servicio, no cuenta con AAVN, ya que la madre sustituta refiere, la utilización completa de Bienestarina. |

| COMPROMISO Y RECOMENDACIONES: | La madre sustituta refiere, Suministro completo de Bienestarinas entregadas, con variación de alimentos a los usuarios en (Coladas, avenas). |
|---|---|
| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |



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:** Luz Nelly Urbano Murcia.

**Dirección:** Cra 9c Este # 13 - 69 Soz. Barrio: Los Palmitas

| 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. | N/A | |
| 17 | Las escaleras deben tener pasamanos. | N/A | |
| 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. | N/A | |
| 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. | ✓ | |
| 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. | N/A | |
| 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

En el momento de la visita domiciliaria, la unidad de servicio cuenta con buenas condiciones higiénicas, orden adecuado y usuarios con adecuados presentación personal.

| | |
|---|---|
| **Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación** | Rocío Carolina Vargas Paz |
| **Firma de la persona que realiza la verificación** | |
| **CC.** 1.083.866.191 | **TP.** 178256. |
| **Celular:** 3132040036. | |
| **Correo electrónico:** HSPSICOLOGIA4YOTECUIDO@gmail.com. | |

Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 29/05/2024

| Hogar Sustituto | Vulneración | X | Discapacidad | X | Tutor | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Hogar de paso | Familiar | | Casa hogar | |
|---|---|---|---|---|

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundación social Yo te cuido | calle 19 # 5-52 Trinidad. | 3204227379. |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Kacteryne Nunes S. | 1077.421.529 | 3204227379. |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita<br>DD MM AAAA | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 31-05-2024. | Kacteryne Nunes Suarez. | F. social Yo te cuido. |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Reyes | Rivas | Olga Lucia. |
| | Identificación: 36.295.064. | | |

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


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

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

Powered by CamScanner

| Dirección: Cra 3C Sur # 59 - 26. | Tel. Fijo | Celular 3142618535 |
|---|---|---|
| Barrio: La Pradera. | Correo electrónico: | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. Identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Alexander Semanate. | DD/MM/AA 29/07/2000 | 1004417831 | 2310 0888 | DD/MM/AA 22-09 2000 | Cristina Molina. D.F. |
| 2 | Sebastian Garzón | DD/MM/AA 23-07 2014 | 1144633205 | 2351 0032 | DD/MM/AA 27-02 2024 | Claudia Lopez. D.F. |
| 3 | Laura Maria Bocanegra. | DD/MM/AA 26-02 2000 | 1.111.263 696 | 2350 580 | DD/MM/AA 17/06 2024. | Claudia Lopez. D.F. |
| 4 | Kevin Mateo Males Ruelpe. | DD/MM/AA 29-07 2020 | 1075.305 209. | 2359 2916 | DD/MM/AA 05-02 2022 | Juliet Combe D.F. |
| 5 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

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



Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

los otros dos de unidad de sonido se encuentran declarados en adoptabilidad. cuentan con vinculación educativa. El joven Alexander presenta discapacidad física y mental.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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




Powered by CamScanner

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Los 4 niños estan declarados en adoptabilidad. no reciben encuentros biologicos. reciben apoyo psicosocial mensual por el operador y se verifican garantia de derechos y proteccion desde el Hogar Sustituto.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

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




Powered by CamScanner

**Observaciones:**

El joven Alexander por su discapacidad total no esta escolarizado. Los dos casos si cuentan con la documentación y carpeta legada con regular.

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

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

los casos cuentan con las dotaciones completas. apropiadas en el operador.

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

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



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

En el momento de la visita se verifica la hoja de vida de la madre. y la carpeta con la demas documentos requeridos. dentro de la modalidad.

**Revisión de espacios: En cada casilla coloque**

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

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



Powered by CamScanner

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

En el momento de la visita la vivienda se observa en adecuadas condiciones de orden y aseo.

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

- En la unidad de servicio se encuentra la adolescente Nayireth ... en el momento se encuentra en vacaciones ahí es de la estrategia vacacionales en el extranjero. se le garantiza el cupo en la unidad de servicio.

- La joven Laura María Bocanegra se encuentra en la etapa de adaptación al hogar sustituto. su ubicación se reciente. debido al cierre del hogar de la señora [illegible] quien se acogió al bono pensional.

- El niño Kevin Mateo se encuentra en la etapa de adaptación, se encuentra en el hogar de la señora Elsa Mª quien se acogió al bono pensional.



Powered by CamScanner

- Se verifica que las obras cuenten con los requisitos básicos sanitarios. La cuadra se encuentra en proceso de la resolución de cierre por buen provisional, se hace continuar con el ingreso de los niños.

- Se recomienda a la madre sobre adelantar las acciones pertinentes para garantizar la atención en salud del joven Alexander Armenta y sebastian Garzón.


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

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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita<br>Olga Jocia Rojas R | | Firma de la persona que recibe la visita |
| CC. 36277064 | TP. | CC. 1077.421.359 - 2228107. |
| Celular: 3142614535-3214883680 | | Celular: 3204222754. |
| Correo electrónico: | | Correo electrónico: |

**Notas:**

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




Powered by CamScanner

| 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 | 27-06-2024 | CENTRO ZONAL | Piloto. |
|---|---|---|---|

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Olga Lucia Rojas Rios.

| | SI | NO: | UNIDAD AAVN | LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN? | X | | 1 | 0002041448 | 24-8-2024. |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | SI | NO: | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| ¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO? | X | | La Bienestarina se encuentra en un recipiente plastico con tapa en la cocina. |

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| Olga Lucia Rojas-12 | Trabajadora Social |

YO TE CUIDO



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:** Yaluris Rojas Rios

**Dirección:** Calle 3 Esx # 5a - 26 Emdem.

FUNDACIÓN SOCIAL

| 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. | N/A. | |
| 17 | Las escaleras deben tener pasamanos. | N/A. | |
| 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. | N/A. | |
| 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. | ✓ | |

YO TE CUIDO

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. | ✓ | |
| 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** | Kacteyne Ramos Salazar. |
| **Firma de la persona que realiza la verificación** | |
| **CC.** 1077.421.824 | **TP.** 2122491007 |
| **Celular:** 3204227374 | |
| **Correo electrónico:** | |

Powered by CamScanner

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

FECHA: 27-06-2024.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Olga Lucia Rojas Rios.

CENTRO ZONAL: Pitalito.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: F. Social Yo te cuido.

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta:

Olga Lucia Rojas R

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 5** | |
|---|---|
| **Hora:** 2:30 pm | **Fecha:** 19 de Junio del 2024 |
| **Lugar:** | Cocina y eventos puerta 54. |
| **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 2:30 p.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:

- Baile a cargo de la unidad de la señora Olga Beatriz.
- Rajaleñas a cargo de las madres sustitutas Disney y Yolima junto con sus niños y niñas a cargo.
- Coplas interpretadas por la madre sustituta Rosalba.
- Presentación de la banda de la casa y la cultura.

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.

- Muestra gastronómica a cargo de la unidad de Yohaira y Mireya.
- Baile del sanjuanero a cargo de los usuarios de la unidad de Milena.
- Reseña historia del san Pedro a cargo de los usuarios de la unidad Magdalena, Francy, Dayana.
- Interpretación de  la canción el monstruo de la laguna a cargo de la madre sustituta Leidy.

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.

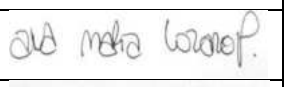
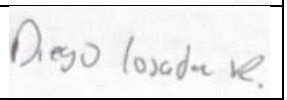
**Decisiones:**

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 5:00 pm

| **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 | | |

PUBLICA

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS















¡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.

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Cristhian David A | Usuario | Yo te cuido | Cristhian David |
| Cristan Mauricio ome | Usuario | Yo te cuido | |
| luisa fernanda PAZ Q | Usuario | yo te cuido | luisa Paz |
| Astrid Shoana Vargas C | Usuario | yo te cuido | Astrid Shoana V. |
| maria Jose cadre | Usuario | yo te cuido | mariajo |
| Krishdael Martinez | Usuario | yo te cuido | |
| Juan carlos Paz | Usuario | yo te cuido | — |
| Dencq carina conacue | Usuario | yo te cuido | — |
| Luciana conacue | Usuario | yo te cuido | — |
| Joan carlos ramirez | Usuario | yo te cuido | — |
| Jhon Yohan sebastian J | Usuario | yo te cuido | Yohan sebastian |
| Jhon Fredy Abella | Usuario | yo te cuido | Jhon Fredy |
| leidi Milena anacona | Usuario | yo te cuido | |
| leidy Johanna M. | Usuario | yo te cuido | |
| mari a Alegara | Usuario | yo te cuido | maria |
| Mariana A. A. Gutierrez | Usuario | yo te cuido | Mariana Gutierrez |
| Jhoan andres Jimenes | Usuario | yo te cuido | Jimenez ordoñes |
| sara valentina otela B. | Usuario | yo te cuido | Sara |
| andres estiven otela B. | Usuario | yo te cuido | anbres |
| Oscar mejio. | Usuario | yo te cuido | |
| Ana Ortiz | Usuario | yo te cuido | Ana Ortiz |
| Adriana Patricia | Usuario | yo te cuido | Adriana |
| James A Calle | Usuario | yo te cuido | |
| jairo emiro quinto | Usuario | yo te cuido | jairo emiro |
| Farid silva Barrero | Usuario | yo te cuido | Farid silva. |
| Adan lalao | Usuario | yo te cuido | |
| Pamela Ullauill | Usuario | yo te cuido. | Daniel V |

| Próxima reunión | Fecha | Hora | Lugar |
|---|---|---|---|
| | Por Confirmar | Por Confirmar | Por Confirmar |
| Colaborador que elabora el acta: | Ana Maria Durano | | |



Powered by CamScanner

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Maria Jose Firgua | Usuario | Yo te cuido | Maria |
| Juan Carlos Paz | Usuario | Yo te cuido | Juan Carlos |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | Fecha | Hora | Lugar |
|---|---|---|---|
| **Próxima reunión** | Por Confirmar | Por Confirmar | Por confirmar |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Ana Maria Lozano | | |

PÚBLICA

¡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

# Solicitud de apoyo vinculacion escolar

**De** hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com
**Destinatario** comisariadefamilia@iquira-huila.gov.co, Claudia Vidal <claudia.vidal@icbf.gov.co>
**Fecha** 2024-06-13 12:04

Resumen | Cabeceras | Sólo texto | Descargar todos los adjuntos

- Solicitud de certificados de aprobación del grado 1 de la niña María Alejandra Méndez Vera con TI. 1084869423 y los boletines d.._.pdf (~66 KB)
- Solicitud de certificados de grado aprobado de la niña Leidy Milena Anacona Ruiz.pdf (~63 KB)
- RE_ Solicitud de certificados de aprobación del grado 1 de la niña María Alejandra Méndez Vera con TI. 1084869423 y los boletin.._.pdf (~70 KB)
- RE_ Solicitud de certificados de grado aprobado de la niña Leidy Milena Anacona Ruiz.pdf (~68 KB)

Cordial saludo Doctor Hervyn Fabian Fierro

Me dirijo a usted de forma respetuosa en calidad de gestora de caso de la fundación social yo te cuido para solicitar su colaboración en el envió de los certificados de aprobación del grado 6 de la usuaria LEIDY MILENA ANACONA RUIZ CON TI. 1082804960, ya que según lo gestionado por la gestora de caso de la fundación, se hizo el contacto con la supuesta institución educativa a la que la niña había estado vinculada e informaron que ella no culmino el grado 6 en dicha institución, por lo tanto desconocemos con exactitud la institución educativa, por lo tanto pido su colaboración.

Así mismo le informo la situación con la niña MARÍA ALEJANDRA MÉNDEZ VERA con TI. 1084869423, donde la institución educativa nos informa que la usuaria no estudio en dicha sede el grado 1. por lo tato pido su colaboración para que nos brinde los certificado de aprobación del grado 1 de la usuaria. agradezco su atención

Anexo gestión realizada y su respectiva respuesta.

Atentamente

Laura Daniela Olcunche Noscue

Gestora de caso de la Fundación social yo te cuido.

| **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° 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° 5 | | |
|---|---|---|
| **Hora:** 8:30 pm | **Fecha:** 20 de Junio del 2024 | |
| **Lugar:** | Salón comunal barrio el Paraíso | |
| **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 8:30 p.m. del Jueves 20 de Junio 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 descarta 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:

- Interpretación del baile del Sanjuanero por los usuarios Elizabeth y Yorvin.
- Rajaleñas a cargo de la madre sustituta Yudis Paola con los usuarios Brayan, Fabián y Pedro José.
- Canto el Barcino desde Guacacallo niños Yorvin, Yastin, Astrid y Vanessa.
- Canto ayer Dios me dijo por el usuario José Camilo.

PÚBLICA

- Cuento la bella durmiente por Laura Dorado.
- Baile a cargo de la escuela de baile de Bruselas.
- Canto doscientas Copas por Heidi.
- Interpretación del baile del sanjuanero por los usuarios María del Mar y Héctor.
- Rajaleñas a cargo de a usuaria María José

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.

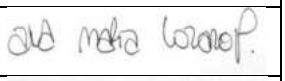
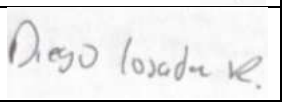
**Decisiones:**

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 5:00 pm

| **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



















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

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 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.

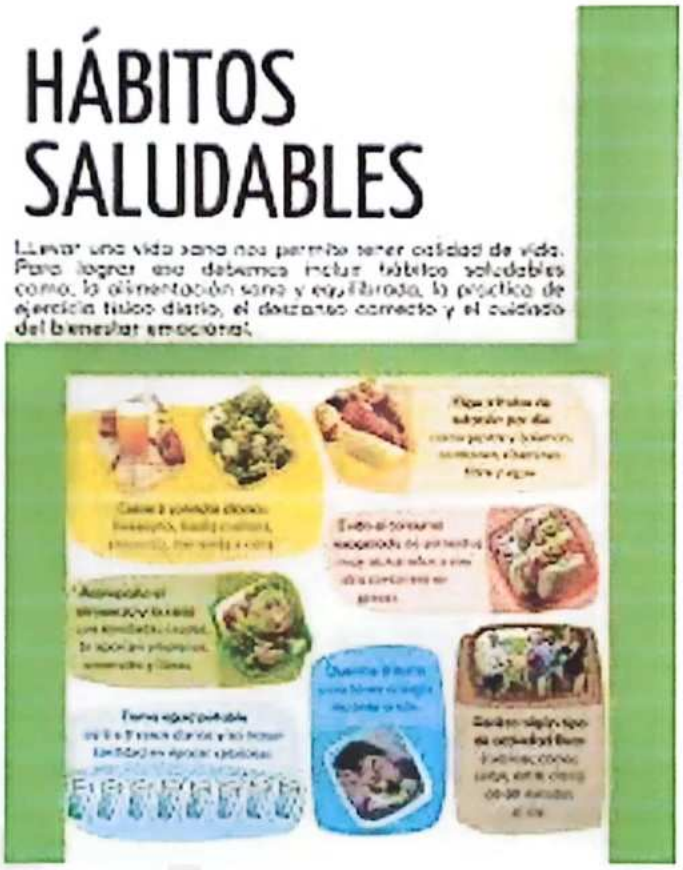
La familia se encuentra entre las influencias más importantes en la adquisición de hábitos alimentarios saludables y el estado del peso de niños pequeños. La familia puede influir en las prácticas de consumo de alimentos y la transferencia de hábitos alimentarios intergeneracionales.

¿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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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, dio cumplimiento con las actividades programadas en la propuesta de implementación y cualificación PIYC, entre las cuales encontramos:

- Talleres de fortalecimiento a familias sustitutas.
- Cualificación del talento humano
- Talleres de fortalecimiento a familias biológicas
- Talleres recreativos para los beneficiarios de la modalidad.
- Conmemoración fechas especiales – Dia de la madre.

Neiva – 07 de julio del 2024

Atentamente,



_____ _____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

| **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



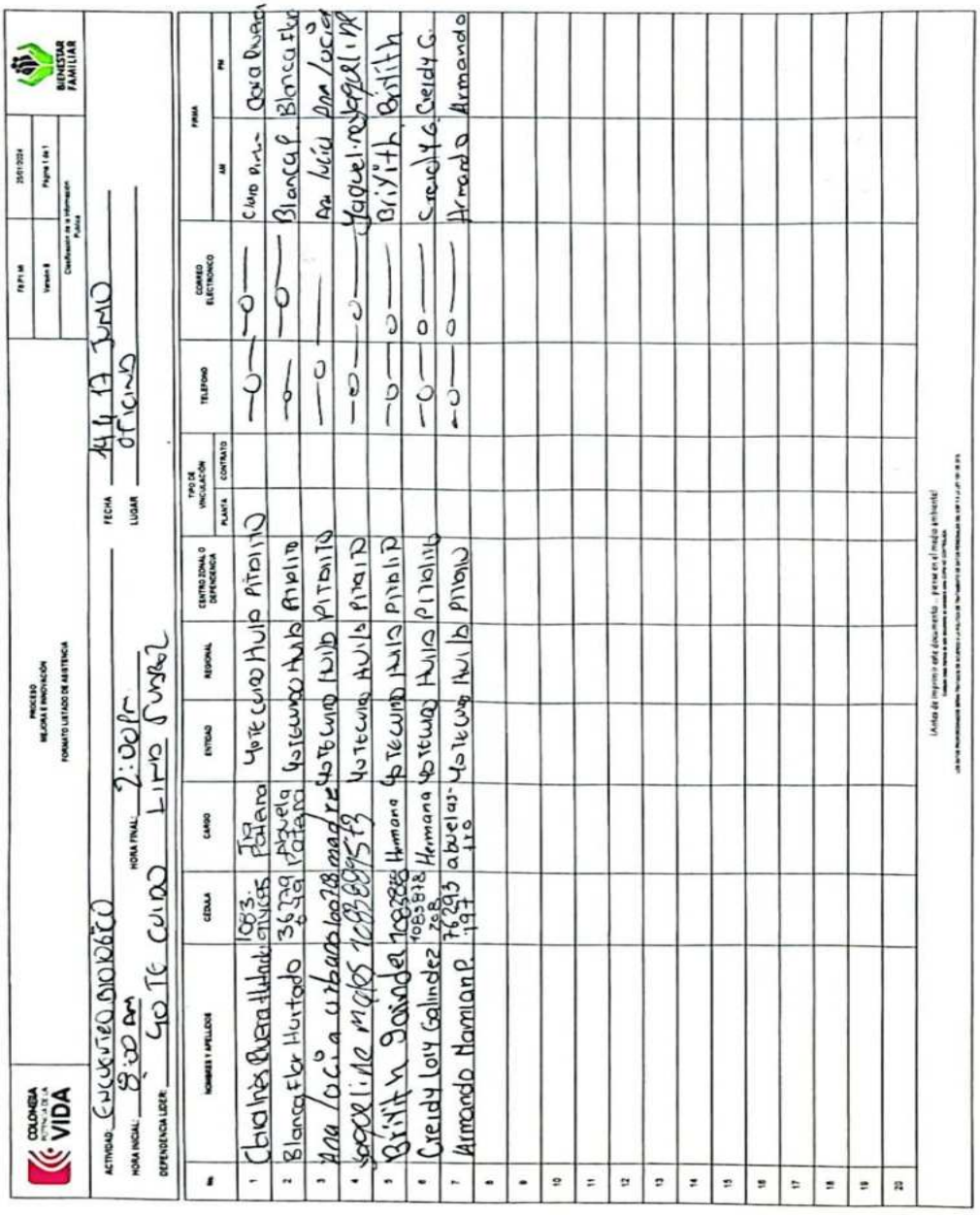







LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

LISTADO DE ASISTENCIA



Escaneado con CamScanner

# SOLICITUD EXPEDICION CEDULA ANDRES FELIPE BARRAGAN

**De** <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
**Destinatario** Carlos CabreraH <carlos.cabreraH@icbf.gov.co>, Nidia Torresj <nidia.torresj@icbf.gov.co>, ClaudiaM Morales <ClaudiaM.Morales@icbf.gov.co>
**Fecha** 2024-06-05 15:03

TRAMITE CEDULA DE CIUDADANIA ANDRES FELIPE .pdf (~380 KB)

Doctor

CARLOS ARBEY CABRERA

Defensoría de Familia 2

Garzón - Huila

Saludo Cordial

Por medio de la presente y de manera respetuosa me dirijo a usted como autoridad administrativa con el fin de informar y solicitar apoyo con respecto al trámite de expedición de cédula de ciudadanía para el joven **Andrés Felipe Barragán.** ya que hasta la fecha, el estado del trámite es "rechazo en la verificación de datos".

De acuerdo a esto la madre sustituta de Andrés, Oneida Suárez, ha realizado las acciones pertinentes con la Registraduría del municipio de Garzón Huila, sin obtener una respuesta positiva. Adjunto a esta solicitud, se encuentra un pantallazo de la Registraduría Nacional para su referencia.

Agradecemos su atención y apoyo en este asunto, con el objetivo de garantizar los derechos fundamentales que le asisten a Andrés como sujeto de especial protección constitucional.

Quedamos a la espera de su pronta respuesta ya que Andrés se encuentra cursando el grado once de Bachiller y requiere presentar las pruebas ICFES.

Agradezco su pronta colaboración y eficaz respuesta.

**JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ**

**GESTORA DE CASO**

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO - MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO.**

| **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.



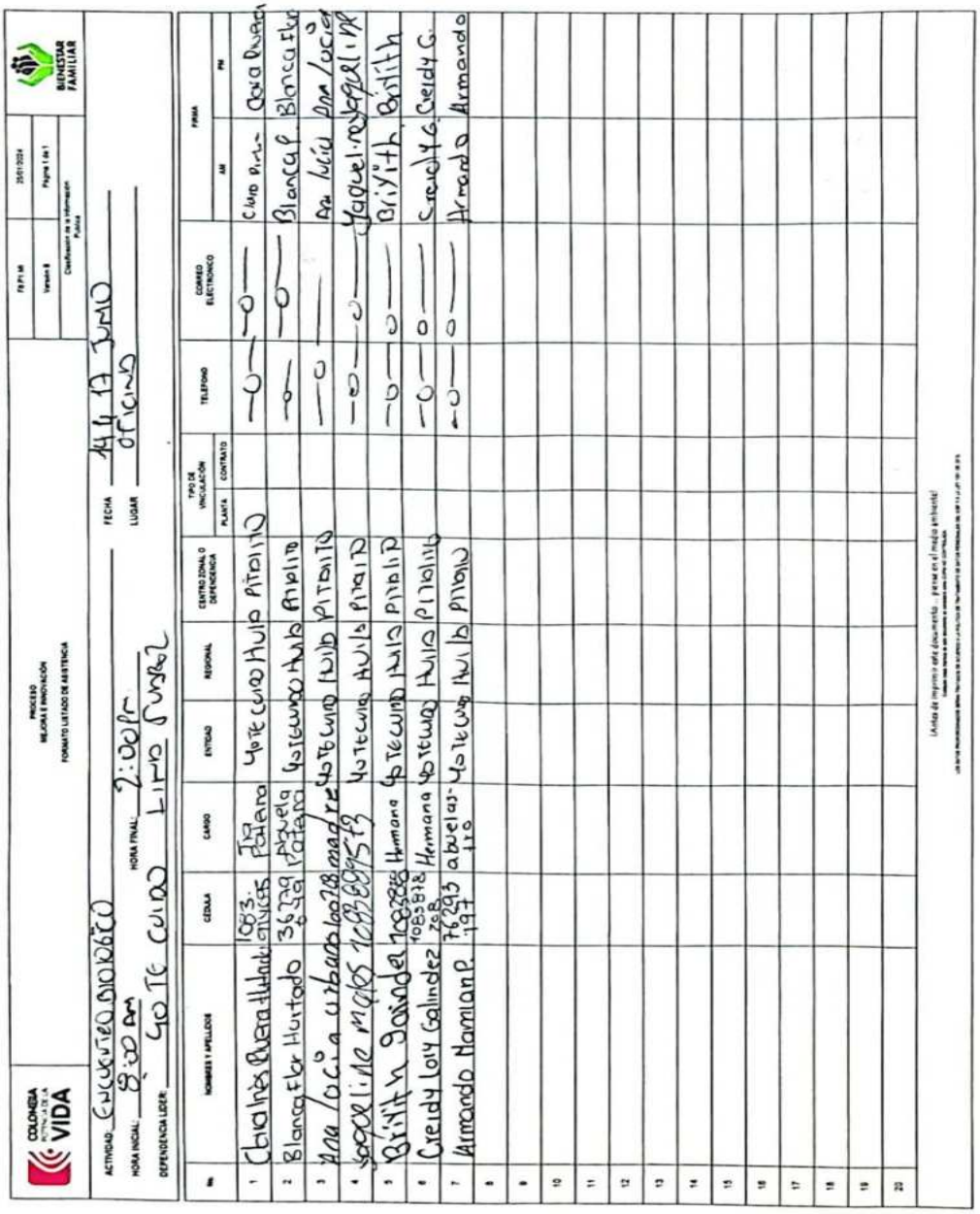



¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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.

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 17 | |
|---|---|
| **Hora:** *2:OO AM a 3:00 PM* | **Fecha:** *17 DE JUNIO DEL 2024* |
| **Lugar:** | *SEDE ADMINISTRATIVA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTA GARZON* |
| **Dependencia que Convoca:** | *EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO* |
| **Proceso:** | *ENCUENTRO FORMATIVO HACIA CÓMO GESTIONAR EL DIAGNÓSTICO MÉDICO PARA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SU RESPECTIVO TRATAMIENTO, DIRIGIDO A FAMILIAS SUSTITUTAS.* |
| **Objetivo:** | *FORMAR E INFORMAR EL PROCESO DE COMO GESTIONAR EL DIAGNOSTICO MEDICO PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD Y SU RESPECTIVO TRATAMIENTO, DONDE LAS FAMILIAS SUSTITUTAS CUENTEN CON LAS HERRAMIENTAS PARA DAR OPORTUNOS PROCEDIMIENTOS A LOS MISMOS.* |

**Agenda**:

- Saludo.
- Actividad Rompe Hielo, "ME CUIDAS, TE CUIDO".
- Gestión del Diagnostico Medico.
- Cierre.
- Decisiones.

**Desarrollo:**

En la formación del día 17 de junio de 2024 en la jornada de 2:00 pm, con un afectuoso saludo de bienvenida, se agradeció la participación a cada una de las madres Sustitutas.

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

Por medio de la actividad Me cuidas, Te Cuido, la cual consistió en decir una palabra que inicie con la vocal A y con la terminación de la letra decir otra palabra, dando continuidad con la letra final de cada palabra, esta con la finalidad de fortalecer la memoria.

Se dio continuidad con la temática propuesta en la agenda establecida.




Powered by CamScanner

Gestionar el diagnóstico médico y el tratamiento adecuado para la población con discapacidad implica seguir un proceso organizado y sensible, guía general sobre cómo formar e informar este proceso:

Evaluación y Diagnóstico

Evaluación Inicial: Identificar signos y síntomas que puedan indicar una discapacidad. Esto puede incluir evaluaciones físicas, psicológicas y de desarrollo según sea necesario.

Derivación a Especialistas: Referir a especialistas médicos pertinentes (neurólogos, pediatras, psiquiatras, entre otros) para evaluaciones más detalladas y diagnósticos específicos.

Pruebas Diagnósticas: Realizar pruebas médicas y evaluaciones complementarias según las indicaciones del especialista para confirmar el diagnóstico.

Comunicación y Apoyo a la Familia: Informar a la familia sustituta sobre el proceso de evaluación, los resultados preliminares y las próximas etapas.

Planificación del Tratamiento

Desarrollo del Plan de Tratamiento: Elaborar un plan integral de atención médica y terapéutica basado en el diagnóstico. Esto puede incluir terapias físicas, ocupacionales, del habla, entre otras.

Educación y Capacitación: Capacitar a la familia sustituta en las necesidades específicas del niño con discapacidad, incluyendo cuidados médicos, terapias recomendadas y manejo de emergencias.

Acceso a Recursos: Facilitar información sobre recursos comunitarios y apoyo adicional disponible para familias con niños con discapacidad.

Implementación y Seguimiento

Inicio del Tratamiento: Iniciar las intervenciones terapéuticas y médicas según el plan establecido, asegurando la adherencia y ajustes necesarios según la evolución del niño.

Seguimiento Continuo: Realizar seguimientos regulares para monitorear el progreso del niño, ajustar el tratamiento según sea necesario y proporcionar apoyo emocional a la familia.

Coordinación de Cuidados: Garantizar la comunicación efectiva entre todos los proveedores de atención médica y terapéutica involucrados, incluyendo médicos, terapeutas, y personal de apoyo.

Apoyo Continuo y Educación Familiar

Apoyo Emocional y Educativo: Brindar apoyo continuo a la familia sustituta para ayudarles a manejar los desafíos emocionales y educativos asociados con la discapacidad del niño.



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

Formación Permanente: Proporcionar oportunidades de formación continua para la familia sustituta sobre el manejo de la discapacidad y las mejores prácticas de cuidado.

Promoción de la Autonomía: Fomentar la independencia del niño dentro de sus capacidades, apoyando su desarrollo personal y social.

**Recomendaciones Finales**

Comunicación Abierta: Mantener una comunicación abierta y honesta con la familia sustituta durante todo el proceso.

Trabajo en Equipo: Fomentar el trabajo en equipo entre profesionales de la salud, educadores y la familia sustituta para optimizar el cuidado del niño.

Adaptabilidad: Ser flexible y adaptable a las necesidades cambiantes del niño y su familia sustituta a lo largo del tiempo.

Se dio a conocer que, al seguir este proceso estructurado y centrado en el niño, se puede garantizar que las familias sustitutas cuenten con las herramientas y el apoyo necesarios para proporcionar los cuidados y tratamientos oportunos y efectivos a niños con discapacidad, promoviendo así su bienestar integral.

**Ruta para niñas, niños, adolescentes y jóvenes que se encuentran en proceso administrativo de restablecimiento de derechos**

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– iniciaron en 2018 un trabajo articulado para construir una ruta de atención integral en salud para niños, niñas, adolescentes y jóvenes –NNAJ– en condición de discapacidad bajo protección del Estado y con procesos administrativos de restablecimiento de derechos –PARD–. Los objetivos de esta estrategia se enfocan en responder a una disposición de la Procuraduría General de la Nación –PGN– para generar acciones tendientes a eliminar las barreras en el acceso al servicio, garantizando la oportunidad, pertinencia y calidad y el goce efectivo del derecho a la salud y, por otro lado, fortalecer los espacios intersectoriales y la oferta en salud en los territorios para este segmento poblacional.

**Cierre:** Con la actividad la piedra en el zapato se logró que las madres sustitutas tomen conciencia de la importancia de tener compromiso con los usuarios de la Modalidad Hogar Sustituto.

**Decisiones:** *Contribuir con la garantía del derecho a la salud para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes independiente de su condición medica.*



Powered by CamScanner

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Garantizar el derecho a la Salud de los NNA. | Madres sustitutas y operador Fundación Social yo te Cuido | Permanente |
| Gestionar los procesos para Garantizar el derecho a la Salud. | Madres sustitutas y operador Fundación Social yo te Cuido | Permanente |




Powered by CamScanner

| FIRMA ASISTENTES | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo o rol / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| Alexis Valencia C. | Madre sustituta | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | |
| Clara Inés Rojas | M. Sustituta | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | |
| Rosa Tenorio Castillo | M.S. | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | |
| Mayerlin Almanza C. | M.S. | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | |
| Marleny Fragoso | M.S | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | |
| Olga Lucia | M S | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | |
| Eduviges Gonzalez M | M.S. | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | |
| Sandra M. Calderón | M.S. | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | |
| Vicenta Cortes | M S. | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | |
| JESSICA LORENA GARZON | GESTORA DE CASO | 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 | | |




Powered by CamScanner

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

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, garantizó a los beneficiarios ubicados en el centro zonal Garzón, Pitalito y la Plata la entrega de los elementos de dotación personal, escolar, acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos y los tiempos y cantidades establecidos en el manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto:

Como se relaciona a continuación:

| DOTACIONES | GARZON | PITALITO | LA PLATA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| DOTACION INICIAL | 3 | 4 | 4 | 11 |
| DOTACION ESCOLAR | 8 | 2 | 3 | 13 |

Neiva – 05 de julio del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *5* | |
|---|---|
| **Hora:** *03:00 PM* | **Fecha:** *24 de junio del 2024* |
| **Lugar:** | *Fundación social yo te cuido* |
| **Dependencia que Convoca:** | *Equipo psicosocial- Gestora de caso.* |
| **Proceso:** | *En encuentro formativo hacia como gestionar el diagnostico medico para población con discapacidad y su respectivo tratamiento.* |
| **Objetivo:** | *Conocer el proceso y el paso a seguir que se realiza para obtener el diagnostico medico para la población con discapacidad y su respectivo tratamiento, dirigido a las madres sustitutas de la fundación.* |

**Agenda**:

-Saludo a las madres sustitutas

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

-Realización de actividad rompe hielo

-Desarrollo de la temática a través de láminas e infografías informativas.

-Conclusiones de la reunión

-Participación de las madres en cuanto a dudas y demás que deseen aportar.

-Compromisos por parte de las madres sustitutas con lo aprendido el día de hoy.

**Desarrollo:** *La gestora de caso realiza la bienvenida y el saludo, dando apertura a la hora formativa, iniciando con una actividad rompe hielo, la cual se trata de que las participantes cuenten de forma lúdica a través de una poesía, canto o de forma artística, cuales creen que es el proceso de solicitud de el diagnostico de discapacidad. Algunas madres sustitutas realizan esta actividad de forma cantada, otras deslizan dibujos y otras solo lo socializan, sin embargo, todas las madres coincidieron en que tenían la información incompleta o no conocían el proceso, ni los documentos que se necesitan para solicitar este certificado y su debido tratamiento.*

*Por lo que la gestora de caso da inicio con la formación, utilizando material de apoyo como las infografías brindadas por la alcaldía municipal de la Plata Huila, donde indica la ruta y el paso a seguir para solicitarlo, también indica el lugar donde se tiene que solicitar.*




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







*Luego se realiza capacitación de solicitud de citas con especialidades a través de los correos de las diferentes EPS del municipio de la Plata, teniendo en cuenta la afiliación a la que esta suscrita el usuario, una vez se realice la solicitud por medio de correo electrónico y no se obtiene respuesta se les brinda una nueva herramienta la cual permite que las citas con especialidades y demás que necesiten en cuanto a salud se pueden apoyar de la super intendencia de salud a través de los PQR, es aquí donde la gestora de caso enseña como buscar la página con ayuda de un computador va instruyendo el paso a seguir y lo que se debe escribir en cada casilla, primero se le informa que se deben llenar todas las casilla con la información del usuario, luego deben escribir la situación presentada, aclarando que se ha realizado la gestión con la EPS de manera directa y a través de correo y no se ha logrado obtener respuesta por lo tanto se recurre a este medio. Por último, deben anexar historia clínica y orden si es necesario, validar el capchat y enviar. Se les indica el tiempo máximo que tiene la super intendencia de salud para dar respuesta que es 8 días hábiles.*




**Decisiones:** *En conclusión las madres sustitutas agradecen por esta información, ya que muchas de ellas no conocían ese proceso porque no han tenido que solicitar el certificado de discapacidad, sin embargo, mencionan que estas capacitaciones ayudan a fortalecer y a preparase para cualquier situación en caso de necesitarlas.*

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

| | | |
|---|---|---|
| Practicar el uso de la pagina de la súper intendencia de salud | Madres sustitutas | Durante la prestación de sus servicios. |
| | | |

*Evidencia fotográfica*










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

| F0.P1.MI | 25/01/2024 |
|---|---|
| Version 8 | Pagina 1 de 1 |
| Clasificación de la información: Pública | |

BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: Formación sobre como gestionar el diagnostico medico para discapacidad FECHA 24 de Junio del 2024

HORA INICIAL: 03:00 PM HORA FINAL: 04:00 PM LUGAR Fundacion social Yo fecundo

DEPENDENCIA LIDER: _____

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | AM | PM |
| 1 | Dayana Catalina Diaz R | 1.061720861 | M.S | Yo fecundo | Huila | huila | | | 3144857555 | Dayanadiaz0221 | | ✓ |
| 2 | Leidy C. Gomez. | 1117529450 | M.S | Yo fecundo | Huila | Huila. | | | 3138861014 | leidyamor1993 | | |
| 3 | Francy Prieto | 25464874 | MS | Yo fecundo | Huila | Huila | | | 3222689309 | | | X |
| 4 | Olga. B Solórzano | 36.381.366 | M.S. | Yo f. cundo | Huila | Capital | | | 3115996113 | olgasolorzano.s-i2@yahoo.com | | X. |
| 5 | ANA MILENA VALENCIA | 29122846 | MS | Yo fecundo | Huila | Huila | | | 3132626213 | amvalencia1@hotmail.com | | X |
| 6 | Disney Garay | 36.382703 | MS fac. | yo fecundo | Huila | La plata | | | 3106284835 | disneygarcera2017@hotmail. | | X |
| 7 | Elva Polo S | 36380913 | MS | Yo fecundo | Huila | Suplente | | | 3112281444 | [illegible] | | ✓ |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | |

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

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| ANA MILENA VALENCIA | Madre sustituta | F. Yo te cuido | [firma] |
| Leidy Constanza Gomes | M. Sustituta. | F. Yo te cuido | Leidy Gomez |
| Dayana Catarin Diaz | M. sustituta | f. Yo te cuido | Dayana Diaz |
| Francy Nieto | M. Sust | F Yo te cuido | Francy |
| Disney García G. | M. sustituta | Yo te cuido | Disney G. |
| [illegible] | M. Sust | Yo te cuido | [firma] |
| Olga. B Solórzano C. | M. sustituta | Yo te cuido | [firma] |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Próxima reunión | Fecha | Hora | Lugar |
|---|---|---|---|
| | | | |
| Colaborador que elabora el acta: | | | |



PÚBLICA

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

**Fecha de visita:** 19-06-2024.

| 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<br>DD MM AAAA | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 18-06-24 | 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. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Responsable del Hogar | Primer apellido<br>ARANDIA | Segundo Apellido<br>MARTINEZ | Nombres<br>YOHAIRA |
| | Identificación: 55131290 | | |
| Dirección:<br>CARRERA 6 NO. 8-68 | | Tel. Fijo<br>NO REPORTA | Celular<br>3166034632 |
| Barrio:<br>SAN RAFAEL | | Correo electrónico:<br>yohita2884@hotmail.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 | MARIA ISABEL SALAZAR PERDOMO | 16/09/2023 | R.C. 1.081.428.232 | 23437543 | 16/09/2023 | COMISARIA DE FLIA TESALIA |
| 2 | ADRIANA PATRICIA SALAZAR PERDOMO | 18/11/2009 | T.I 1079410109 | 23437543 | 30/08/2023 | COMISARIA DE FAMILIA TESALIA |

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




Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | JAMES ANDRES COLLAZOS GUAGAS | 16/07/2014 | T.I 1083917027 | 1763561196 | 1/03/2024 | DEFENSORIA SEGUNDA DE FLIA, ELIANA ALVAREZ |
| 4 | KAREN SOFIA CACERES ARGOTI | 23/11/2010 | T.I 1,145,826,216 | NO TIENE | 5/04/2024 | COMISARIA LA ARGENTINA ALEXIS PATIÑO |
| 5 | ANA SOFIA ORTIZ CONTRERAS | 6/06/2011 | T.I 181411986 | 23439132 | 1/06/2024 | 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 X / No | Si X / No |
| Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud. | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No |
| Goza de un buen estado nutricional. | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No |
| Adopta hábitos alimenticios saludables. | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No |




Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta con la vinculación al sistema de educación. | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No |
| Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje. | Si / No X | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No |
| Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida. | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No |
| Cuenta con el respectivo documento de identidad. | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No |
| Recibe atención psicosocial. | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No | Si X / No |

**Descripción general de lo encontrado:**

Mª Isabel Niña de 9 Meses. Con los usuarios se encontro Cumplimiento Con lo establecido, han recibido las atenciones correspondientes.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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




Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Los usuarios Con Habita y Duermen dados Por la Madre Sustituta. Manifest la Madre Sustituta que a pesar de los dificultades existe Buena Convivencia y Dialogo. Niños Bien Presentados

## 4.3. DOCUMENTACIÓN


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

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

**Observaciones:**

Los Carpeta de la usuaria se Encuentra organizado, documentos de identidad acorde a la Edad.

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

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

Se observa El espacio Habitacional Con Dotacion Basica y Personal en Buen estado.




Powered by CamScanner

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

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

**Observaciones:**

La hoja de Vida de la Madre Sustituta esta actualizada con documentos completos así como la integrantes de su Nucleo Familiar.

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

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



Powered by CamScanner

| | En óptimo estado de aseo | Sin goteras | Sin grietas | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos | Sin humedad | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas | Ventilación e iluminación natural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cocina | 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 | 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:**

todas las sitios fueron encontrados en Buenas Condiciones de aseo e higiene.

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

Sin Compromisos.




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 Asesoria)

__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<br><br>LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita<br>YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ |
|---|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita<br><br>Ledi Constanza Rojas M. | | Firma de la persona que recibe la visita<br><br>YOHAIRA ARANDIA. |
| CC. 41709184 | TP. 228794112-1 | CC. 55131290 |
| Celular: 3107865661 | | Celular: 3166034632 |
| Correo electrónico:<br>hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com | | Correo electrónico:<br>yohita2884@hotmail.com |

**Notas:**

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




Powered by CamScanner

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:** YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ.

**Dirección:** CRRA 6 # 8-68.

| 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. | — | |
| 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. | 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. | — | |
| 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** | Ledi Cantaro Rojas. |
| **Firma de la persona que realiza la verificación** | Ledi Cantaro Rojas. |
| **CC.** 41709184 | **TP.** 2287941 12 - 1 |
| **Celular:** 3107865661 | |
| **Correo electrónico:** | HSPSICOLOGIAMATA@Fundacionyotecuido.com. |

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 1 de 4 |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS | | |
|---|---|---|
| PERSONAL | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Crema anti pañalitis | X | |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Peinilla o cepillo | 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 | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champú | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** MARIA ISABEL SALAZAR.

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** YOHANA ARANDA

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Leidi Cantaura Reij 44.



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 | | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | X | |
| Maquina de Afeitar | — | |
| 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 | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champú | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | X | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** ADRIANA PATRICIA SALAZAR

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** YOHAIRA A.

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Ledi Cantaya Rojas



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: JAMES

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : YOHAIRA A.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ledi Quintero



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:** KAREN

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** YOHAIRA A.

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Ledi Quintero R.N. 44



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:** Alex Sofia

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** YOHAIRA A.

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Leidi Cantarza Rojas



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 | 19-06-2024 | CENTRO ZONAL | La Plata |
|---|---|---|---|

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ

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

| | SI | NO: | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| ¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO? | | | Buen almacenamiento 1 Bolsa le queda para Consumo. |

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| YOHAIRA A. | Ledi Cantillo Rojas. |



Powered by CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°07 | |
|---|---|
| **Hora: 4:00 PM** | **Fecha:** 12/06/2024 |
| **Lugar:** | Sede Administrativa Fundación Social Yo Te Cuido Sede PITALITO |
| **Dependencia que Convoca:** | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO |
| **Proceso:** | MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS |
| **Objetivo:** | Encuentro formativo hacia cómo gestionar el diagnóstico médico para población con discapacidad y su respectivo tratamiento, dirigido a familias sustitutas. |

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

Desarrollo:

Para el día 12 de JUNIO del 2024 siendo las 4:00 pm en las instalaciones de la fundación social “YO TE CUIDO” Sede Pitalito, la gestora de caso Lina María Suarez llanos junto al equipo interdisciplinario, convoco a todas las madres sustitutas de la modalidad, con el fin de cualificar y reforzar la temática basada en la atención a las niñas, niños y adolescentes.

En este espacio se realizó el juego “conozcámonos” este consistió en decir el nombre de la persona de lado y desde su perspectiva inicial ver que es lo que más resalta “valores, impresión”.

Para este momento se realiza psico-orientacion resaltando el espacio donde las personas de quienes son nuestros usuarios, fomentan la inclusión de familiares y amigos de las personas afectadas por enfermedades o problemas. De la misma manera, como madres sustitutas con la única finalidad de brindar apoyo dentro de estrategias claves que a veces se desconocen, con el fin de ofrecer afrontamiento, proporcionar mayor sensación de control, aumentar de la autoestima y el estado de ánimo positivo.

PUBLICA



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

Se recordó cual es ***la ruta Procedimiento de Certificación de Discapacidad***

La población del país por autorreconocimiento, acceder a una valoración clínica multidisciplinaria para identificar su discapacidad. Los equipos multidisciplinarios conformados por profesionales de la salud y del área social realizan esta valoración en Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud –IPS– autorizadas por las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales.

Durante la valoración multidisciplinaria se evalúan 3 componentes:

- Identificar el déficit en la estructura corporal
- Identificar limitaciones en las actividades
- Identificar restricciones en la participación

Se realiza un perfil completo de la discapacidad, con base en una herramienta técnica desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Al finalizar la valoración se entrega a la persona con discapacidad el documento certificado de discapacidad y se registra la información en el aplicativo del Ministerio de Salud, denominado Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD).

Se presentó video "Cuerdas", Cortometraje completo para reflexionar sobre la temática link : https://www.youtube.com/watch?v=4INwx_tmTKw&t=30s

Se resaltó la empatía el amor por el otro y conocer l relación con nuestros usuarios con condiciones especiales y aplicarlas. se dio las gracias y se despide de cada una de las persona

| COMPROMISO | RESPONSABLE | FECHA |
|---|---|---|
| Asistir a todos los espacios de formación que se indique para fortalecer los conocimientos. | **Madres sustitutas** | **Vigencia 2024** |
| **FIRMA ASISTENTES** | | |
| **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |

PUBLICA

| | | |
|---|---|---|
| Psicóloga – Gestora de caso | YO TE CUIDO | |
| **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| Julio 2024 | Pendiente por definir | Fundación Yo te Cuido |

Evidencias fotográficas





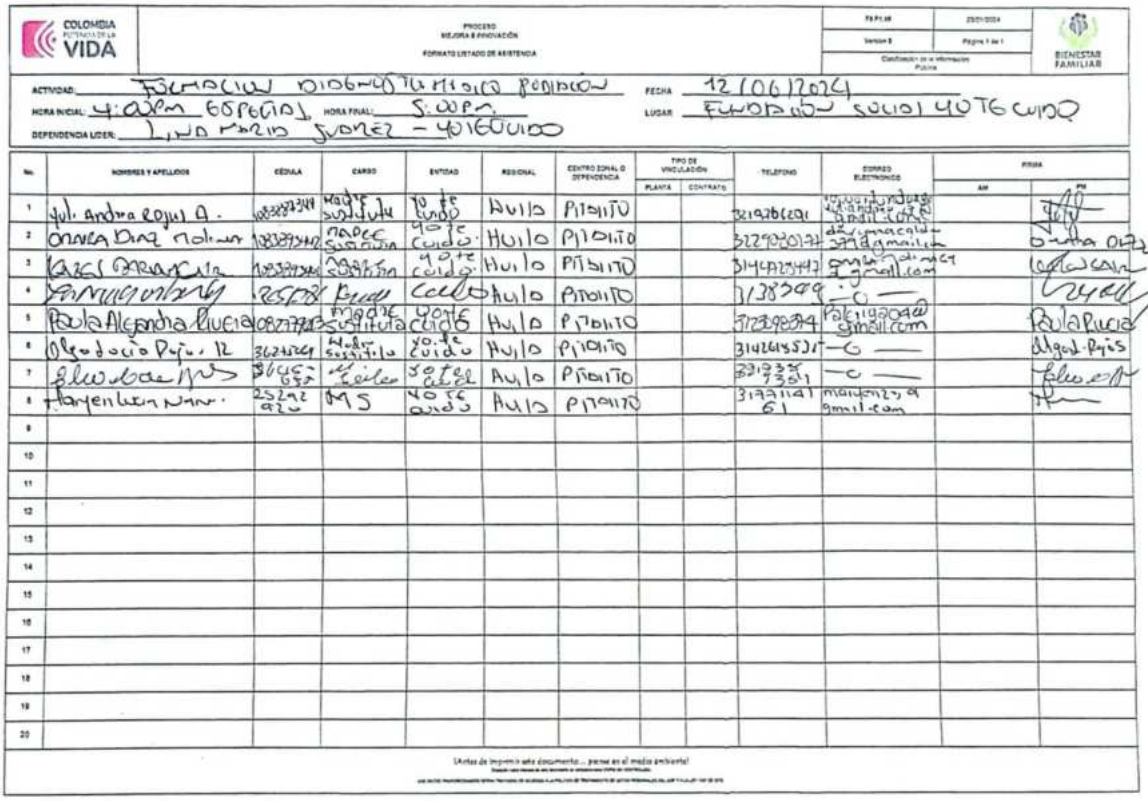







LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

REGISTRO FOTOGRAFICO



ACTIVIDAD: FORMACION DIRIGIDA A MADRES COMUNITARIAS FECHA 12/06/2024
HORA INICIAL: 4:00pm ESPECIAL HORA FINAL: 5:00pm LUGAR: FUNDACION SOLIDARIO TEGUIDO
DEPENDENCIA LIDER: LINA MARIA SUAREZ - SOLIDARIO TEGUIDO

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN PLANTA | TIPO DE VINCULACIÓN CONTRATO | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA AM | FIRMA PM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Yuli Andrea Rojas A. | | Madre sustituta | Solidario Teguido | Huila | Pitalito | | | 3219761691 | | | |
| 2 | Diana Diaz Molano | | Madre Sustituta | Solidario Teguido | Huila | Pitalito | | | 3229030171 | | | |
| 3 | Karen Ordoñez | | Madre Sustituta | Solidario Teguido | Huila | Pitalito | | | 3146429447 | | | |
| 4 | [illegible] | | Madre | Cuido | Huila | Pitalito | | | 3138599 | -0 | | |
| 5 | Paula Alejandra Rivera | | Madre sustituta | Cuido | Huila | Pitalito | | | 3128990894 | | | Paula Rivera |
| 6 | Olga Lucia Pajoy. 12 | 36247264 | Madre sustituta | Solidario Teguido | Huila | Pitalito | | | 3142645517 | -0 | | Olga Lucia Pajoy |
| 7 | [illegible] | 36465652 | [illegible] | Solidario Teguido | Huila | Pitalito | | | 3139357301 | -0 | | |
| 8 | Hayenlein Nav. | 25292 azu | MS | Solidario Teguido | Huila | Pitalito | | | 3172711416 1 | marlenz29@gmail.com | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | |

¡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 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 3 de P D \de l año 2024, apertura 14 nuevas historias de atención en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata distribuidas de la siguiente manera:

| Centro zonal | Vulneración |
|---|---|
| **Garzón** | **8** |
| **Pitalito** | |
| **La plata** | **3** |
| **total** | **14** |

Neiva – 0 de M X 0 de L 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

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

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

**Fecha de visita:** 27 06 2024

| Hogar Sustituto | Vulneración | X | Discapacidad | X | Tutor | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Hogar de paso | Familiar | | Casa hogar | |
|---|---|---|---|---|

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Potecuido | Calle 1a # 5-52 Trinidad | 3204227379 |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Katheryne Ramos. | 1077.471.524 | 3204227379 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 31 07 2024 | Rocio Carolina Vargas. | T. Social Potecuido. |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Narvaez | Tuta | Maryen Lucia. |
| | Identificación: 25. 292. 920. | | |

[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

| Dirección: Cra 14 # 9-05 | Tel. Fijo | Celular |
|---|---|---|
| Barrio: Calamo. | Correo electrónico: Marpen2312@hotmail.com. | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Hector Esteven Sumbani Golondrino. | DD/MM/AA 02-10 2014 | 1083986 262 | | DD/MM/AA 22/08/ 2023 | Comisaria Familia San Agustin |
| 2 | Leider Santiago Rodriguez | DD/MM/AA 24/12 2024 | 1076916 874 | 236681 63 | DD/MM/AA 05-07/ 2018 | Def. F.: Neiva #7. |
| 3 | Reder Esteban Gonzalez Sumbani | DD/MM/AA 30/03/ 2008. | 1084254 396 | 235991 82 | DD/MM/AA 04/12/ 2013 | Def. F. Pitalito Cristina Molina |
| 4 | Jose camilo Muyón | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA 21-06 2024. | Def. F. Pitalito Claudio Lopez. |
| 5 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

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

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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



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

**Descripción general de lo encontrado:**

Se verifica que los usuarios cuentan con afiliación a seguridad social, seguimiento escolar y presentan adecuados hábitos de alimentación y reciben atención psicosocial mensual.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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




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

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

**Descripción general de lo encontrado:**

los usuarios no reciben ningun Biologico ya que se encuentran en proceso de adopción. y en el momento disfrutan de entornos protectores en la unidad de servicio.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

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

**Observaciones:**

cada usuario cuenta con una carpeta y se encuentra registrada la cubrimeción solicitada de cada uno.

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

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

En el momento de la visita los usuarios cuentan con la dotación personal, escolar, Básica y de aseo.

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

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



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

**Observaciones:**

la compañera Leidy Mercedes Sánchez en el momento se encontraba con la documentación completa con los soportes actualizados.

**Revisión de espacios: En cada casilla coloque**

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

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

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

En el momento de la visita la vivienda se observo en adecuadas condiciones de orden y aseo.

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

- la unidad de servicio cuenta con las condiciones de orden y aseo, con buena ventilacion e iluminacion.

- la madre sustituta actualizo el adress y los antecedents disciplinarios como se indico el mes pasado.

- El usuario Quinn Lorendo continua. hospitalizado en la clinica de salud mental en la ciudad de florencia.

- El niño Isidro tiene pendiente valoracion y atencion por odontologia.

- Yuder esteban Borrero: esta presentando conductas rebeldes y desafiantes, las cuales estan asociadas a la edad.



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

Se brindo orientacion al adolescente frente al respeto por la autoridad y las normas de la casa.

- El adolescente jose camilo Alegria se encuentra de forma provisional en el hogar. hace una semana se encuentra y se adapteda con facilidad.


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

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

| **Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita** Katerine Ramos Silvera. | | **Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita** |
|---|---|---|
| **Firma de la persona que realiza la visita** | | **Firma de la persona que recibe la visita** Maryen Luca Narvaez |
| **CC.** 1077.421.524 | **TP.** 2222410007. | **CC.** 1529290 |
| **Celular:** 3204227374 | | **Celular:** 3177114161 |
| **Correo electrónico:** | | **Correo electrónico:** maryen2312@gmail.com |

**Notas:**

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

| 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- JUNIO -2024 | CENTRO ZONAL | Pibilito. |
|---|---|---|---|

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Maryen Lucia Narvaez Ruiz

| | SI | NO: | UNIDAD AAVN | LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN? | X | | 1 | 0002041448 | 24-08-2024. |

| | SI | NO: | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| ¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO? | X | | La madre sustituta cuenta con medida bolsa de Bienestarina |

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| Maryen Lucia Narvaez 25292920 | Katerine Ramos Suarez Trabajadora Social Yotecuido. |

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

FECHA 27- Junio -2024.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez.

CENTRO ZONAL Pitalito.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Yo te cuido- Inducion social

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

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

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

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada? | X | |
| 6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita? | X | |
| 7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita? | X | |
| 8. ¿El profesional a desplazarse por la vivienda, solicita permiso? | X | |
| 9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita? | X | |

Observaciones de la Madre Sustituta.

Maryen Lucia Narvaez

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

**Fecha de visita:** 24/06/2024

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

Regional Acola Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion Social Yo te cuido | Cll 7 N. 2E-03 B/ Santa Clara | —o— |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Karen Yesenia Alvarez | 1004442110 | 3138249598 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita DD MM AAAA | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 28/05/24 | Laura Fernández Soto | Fundacion Social Yo te cuido. |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Cedrel | de Fernández | Fanny |
| | Identificación: 26491920 | | |

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


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

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

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

Scanned with ACE Scanner

| Dirección: Cll 2 sur N. 9-03 | Tel. Fijo — o — | Celular 3202293391 |
|---|---|---|
| Barrio: los Olivos | Correo electrónico: sueltafernandez@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 | Nicolas Rodriguez Manzano | DD/MM/AA 03/08/21 | 1077882338 | 1762709488 | DD/MM/AA 01/04/22 | Defensoria 2 defami - Ibagon |
| 2 | Emily Sofia Tejada Galindo | DD/MM/AA 2/05/16 | 1077875949 | Sin informa | DD/MM/AA 11/04/2024 | Comisaria de familia Altamira |
| 3 | Sofia Alejandra Bernal Rodriguez | DD/MM/AA 13/01/17 | 1144636636 | Sin informa | DD/MM/AA 18/04/2024 | Comisaria de familia de Acevedo |
| 4 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |
| 5 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

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



Scanned with ACE Scanner

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Cuenta con la garantía de las atenciones y la garantía de sus necesidades.



Scanned with ACE Scanner

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



Scanned with ACE Scanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Por la edad Nicolas no practica acciones de autocuidado y protección, lo cual se ha venido reforzando en las atenciones psicosociales con recomendaciones a la familia sustituta.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

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

**Observaciones:**

A la fecha los usuarios cuentan con la documentación sin embargo se menciona que Sofia Alejandra Dan no cuenta con la portabilidad al municipio de Carzón, Se han realizado las respectivas solicitudes.




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

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

Scanned with ACE Scanner

| 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)

A la fecha las asesoras ya han recibido las dotaciones respectivas.

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

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

**Observaciones:**

los documentos estan actualizados a la fecha en orden y en su carpeta.




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

Scanned with ACE Scanner

## Revisión de espacios:

## En cada casilla coloque

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

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

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



Scanned with ACE Scanner

las condiciones de la casa son optimas y adecuados de orden e higiene.

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

Pasar a Emily Sofia a citas por psicologia para lograr la atencion integral.



Scanned with ACE Scanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Karen Yesenia Alvarez Bocanegra | Fanny Cedeño de F |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Karen Yesenia Alvarez | Fanny Cedeño de F |
| **CC.** 1004442110 **TP.** 1004442110 | **CC.** 26441970 |
| **Celular:** 3138249598 | **Celular:** 3202793391 |
| **Correo electrónico:** TSTRABAJADORASOCIALE@... | **Correo electrónico:** |

**Notas:**

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


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

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

Scanned with ACE Scanner

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

**Fecha de visita:** 25/06/2024

| Hogar Sustituto | Vulneración | X | Discapacidad | X | Tutor | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Hogar de paso | Familiar | | Casa hogar | |
|---|---|---|---|---|

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion social yo te cuido | Cll 7 N. 2E-03 Santa Clara | — o — |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Laura Fernandez | 1077873295 | 3222386509 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita DD/MM/AAAA | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 28/05/2024 | Laura Fernandez Soto | Fundacion social yo te cuido |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Fragua | Poveda | Ana Milena |
| | Identificación: 55057466 | | |

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


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

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

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

Scanned with ACE Scanner

| Dirección: Calle 3 N. 1C - 21 | Tel. Fijo — o — | Celular 3213569805 |
|---|---|---|
| Barrio: el bosque | Correo electrónico: aramirezafragua@gmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Valentina Sarras Chaux | 08/04/07 | T.I. 1117813446 | 2334 93377 | 19/03/2024 | Comisaría de familia del Agrado. |
| 2 | Victor Manuel Cardona Calderon | 04/03/10 | T.I. 1117234933 | 23330129 | | |
| 3 | Yeime Alejandra Hole Yandy | 20/11/08 | T.I. 1081406470 | 180427 29 | 24/05/2024 | Defensoría de familia Caribas Florencia |
| 4 | Kerly Xiomara Hole Yandi | 24/05/24 | R.C. 1198740037 | 180427 29 | 24/05/2024 | Defensoría de familia Caribas Florencia |
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

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



Scanned with ACE Scanner

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Yeime y Karly no estan vinculadas al sistema educativo. → Yeime entrara a aceleracion




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

Scanned with ACE Scanner

en educacion para adultos.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



Scanned with ACE Scanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Cnaver Yeime salga de su cuidado post-parto se vincularia a actividad extracurricular que se adapte a sus gustos y intereses. y Kerly por los dias de nacida y su etapa de desarrollo aun no aplica para actividad extracurricular.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

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

**Observaciones:**

los usuarios cuentan con la documentacion al dia en las atenciones y gestiones necesarias.




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

Scanned with ACE Scanner

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

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

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

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

**Observaciones:**

La documentacion se encuentra al dia y organizada en su carpeta.



Scanned with ACE Scanner

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

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

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

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



Scanned with ACE Scanner

la unidad de servicio cuenta en buenas condiciones de higiene, ordenada con espacios adecuados.

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

Actualizar antecedentes de la madre sustituta y su red de apoyo.



Scanned with ACE Scanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

| **Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita** | **Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita** |
|---|---|
| Laura A. Fernández Soto | Ana Milena Frco |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Laura Fernandez Soto | |
| **CC.** 1077873295 **TP.** 219284 | **CC.** 55057466 |
| **Celular:** 3222386509 | **Celular:** 3213561805 |
| **Correo electrónico:** | **Correo electrónico:** |

**Notas:**

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



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

Scanned with ACE Scanner

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

**Fecha de visita:** 25/06/2024

| Hogar Sustituto | Vulneración | X | Discapacidad | | Tutor | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Hogar de paso | Familiar | | Casa hogar | |
|---|---|---|---|---|

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundación social yo te cuido | Cll 7 N. 2E -03 B/Santa Clara | — o — |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Laura Fernandez | 1077873295 | 3222386509 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| DD/MM/AAA<br>30/05/24 | Karen Yerenia Alvarez C. | Fundación social yo te cuido |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Almario | Calderon | Miryan |
| | Identificación: 26491705 | | |

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



Scanned with ACE Scanner

| Dirección: Cr 5 N. 6 -53 | Tel. Fijo: 6088335922 | Celular: 3118337233 |
|---|---|---|
| Barrio: Centro | Correo electrónico: miryanalmario67@gmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Nahora Surith Pérez Sandoval | 19/09/17 | NO Registra | 235101505 | 15/03/24 | Defensoria 4 de Familia Pitalito |
| 2 | Yilber Jesús Pérez Sandoval | 12/06/19 | PPT 7786879 | 235101505 | 15/03/24 | Defensoria 4 de Familia Pitalito |
| 3 | Angel David Trujillo | 19/08/20 | 1081519078 | 2334 4540 | 20/12/22 | Defensoria de Familia Garzon |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

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



Scanned with ACE Scanner

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Goza de un buen estado nutricional. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Adopta hábitos alimenticios saludables. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Cuenta con la vinculación al sistema de educación. | Si No X | Si 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 X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Cuenta con el respectivo documento de identidad. | Si No X | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Recibe atención psicosocial. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

La niña Nahara Pérez aún no cuenta con el debido Permiso de Permanencia por lo



Scanned with ACE Scanner

cual no se ha logrado vincular al sistema de salud y educativo.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



Scanned with ACE Scanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Los niños Yilber y Angel se encuentran en una etapa de desarrollo donde aún no dimensionan los riesgos del medio y la autoprotección, Sin embargo, se trabaja estos aspectos en las atenciones por Psicología

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

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

**Observaciones:**

La niña Nahara Perez no cuenta con su debido permiso de permanencia por lo cual no se encuentra afiliada a salud, ni educación



Scanned with ACE Scanner

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

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

La niña Nahuel no cuenta con dotación escolar debido a que no se encuentra vinculada al sistema educativo, y Yilber se encuentra en la modalidad CDI donde no requiere esta 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 | No ha sido posible obtenerlo |
| Constancias de Capacitaciones* | X | | |
| Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto* | X | | |
| Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar | X | | |
| Carné de manipulación de alimentos | X | | |
| Certificación primeros auxilios | X | | |
| Carpeta de visitas al Hogar | X | | |

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

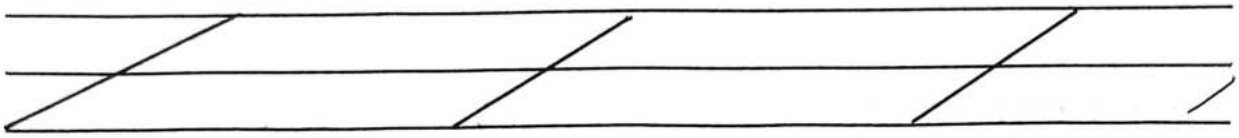
**Observaciones:**

Cuenta con la documentación al día y actualizada, ordenada en su AZ. Se menciona que el certificado de último grado de estudio no ha sido posible obtener.



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

Scanned with ACE Scanner



**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

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

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

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



Scanned with ACE Scanner

Se evidencia una casa en buen estado de higiene y organizada.

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

.Yelber Jesús: Pendiente autorizacion para neuropsicologia. Asistir a cita por psicologia. Solicitar cita por psiquiatria y la vacuna de los 5 años.
.Angel David: Pendiente cita por otorrinolaringologia.
.Nahara: Aun no se cuenta con el P.P.T. para las respectivas vinculaciones en salud y educacion.



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

Scanned with ACE Scanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Laura Fernández Soto | [illegible] |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Laura Fernández Soto | [illegible] |
| CC. 1077873295 TP. 219284 | CC. 26491405 - |
| Celular: 3222386509 | Celular: 3183377233. |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

**Notas:**

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



Scanned with ACE Scanner

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

**Fecha de visita:** 29/06/2024

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

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion Social yo te cuido | Cll 7 N. 2E-03 Santa Clara | —o— |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Laura Fernandez | 1077873295 | 3223865509 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 29/05/2024 | Karen Yesenia Alvarez | fundacion social yo te cuido. |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Trana | Casas | Olga Lucia |
| | Identificación: 1077256836 | | |

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


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

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

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

Scanned with ACE Scanner

| Dirección: Cll 16 N.2-63 | Tel. Fijo: — o — | Celular: 3138486593 |
|---|---|---|
| Barrio: Reservas de Guazón | Correo electrónico: luciatirana casa@gmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Kevin Jose Santana Cifuentes. | DD/MM/AA 03/06/11 | T.I. 1117935474 | | DD/MM/AA 19/04/24 | Comisaria de familia Suaza |
| 2 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |
| 3 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |
| 4 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |
| 5 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

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



Scanned with ACE Scanner

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

**Descripción general de lo encontrado:**

El usuario cuenta con todas las atenciones y asistencias de forma oportuna.



Scanned with ACE Scanner

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



Scanned with ACE Scanner

**Descripción general de lo encontrado:**

A la fecha Kevin se ha visto con buena adaptacion a la realidad de servicio, en la cual se le ha venido garantizando todos sus derechos y atenciones. Kevin, manifiesta estar satisfecho y contento con la madre sustituta y demas miembros.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

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

**Observaciones:**

La documentacion se encuentra ordenada y con todas las atenciones al dia.



Scanned with ACE Scanner