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

**1.1. DATOS GENERALES**

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS CONTRATISTA:**<br>FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO<br>CON REPRESENTACIÓN LEGAL DE YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA | **DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**<br>**NIT: 901496702-9**<br>**Cédula No.: 36.347.141** |
| **DIRECCION:** Calle 21 nº 7a- 20 barrio tenerife **- Neiva . Huila** | **CORREO:** fundacionsocialyotecuido@gmail.com |
| **CONTRATO NO.** 41002102024 DE FECHA: 27/03/2024 | **FORMA DE PAGO:** Pagos mensuales vencidos, dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente, previa presentación de la factura y los documentos requeridos para el pago, durante los primeros 10 días hábiles del mes de abril por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de abril presentando los siguientes documentos: (1) Certificación Bancaria. (2) Aprobación de Garantía. (3) Acta de Inicio y (4) Los exigidos en la resolución 5360 de 2023 que apliquen teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. (ii) Siete (7) desembolsos mensuales vencidos, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique) de los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. (7) Cuenta de cobro o factura (según aplique). (8) Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. (iii) El aporte correspondiente al mes de noviembre, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente. PARAGRAFO PRIMERO: De conformidad a lo establecido en el literal D numeral segundo del artículo 2 de la resolución 3944 de 2022 en la que se establece: "excepcionalmente y previa autorización escrita por parte del supervisor del contrato, se podrá autorizar que, por una única vez, el último desembolso realizado a la cuenta maestra del operador pueda ser girado a la cuenta auxiliar, para que de allí se traslade dicho recurso a una cuenta bancaria del operador en la que maneje recursos propios". (Solo aplica para los contratos que requieran cuenta maestras) PARAGRAFO SEGUNDO: Para el último desembolso en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar el certificado expedido por el supervisor del contrato, de la devolución de los bienes muebles devolutivos adquiridos durante la ejecución del contrato, con recursos del ICBF, adjuntando copia del (los) comprobante (s) de ingreso al almacén del ICBF de dichos bienes y acta de devolución y recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios con el paz y salvo por todo concepto de servicios públicos, impuestos, tasas, contribuciones, valorización, etc. PARAGRAFO TERCERO: Para el informe de atención a usuarios (as), se utilizará el criterio del valor cupo/mes en relación con los conceptos de cupo utilizado y no utilizado. Por los días de ingreso y egreso de cada usuario (a) se reconocerá el valor correspondiente a medio día. PARÁGRAFO CUARTO: Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento de cada mensualidad, una vez se cuente con disponibilidad del Plan Anual de Caja – PAC y previa |
| **PERIODO DE EJECUCIÓN:** Del 01 al 3O DE ABRIL DEL 2024 | **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** 2.060.112.058 |
| **NUMERO DE CUENTA: 454-000044-79** | **ENTIDAD BANCARIA:** BANCOLOMBIA |
| **TIPO DE CUENTA: AHORRO X** | **PAGO NO: 02 / 08** |

**2. INFORMACION FINANCIERA**

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

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

**4. . DATOS DEL SUPERVISOR**

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

| Cumplimiento de Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión (i) | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|
| **EJE DE CALIDAD** | | | |
| 1) Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para<br>la operación de los servicios | **SI** | Acta de reunión y listado de asistencia (Formato Asistencia, Reunión y Capacitación).<br><br>Primer informe de supervisión y cuando se realice cambios en el talento humano carácter técnico misional | El día 03 de junio del año 2024 se llevo a cabo encuentro de inducción para un profesional que ingreso a las modadadad:<br>1. Auxiliar administrativa - Municipio de la PLata<br><br>Durante este Jornada se socializo las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE); de igual manera se dio a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios.<br>Po lo anterior, se anexa listado de acta de jornada de inducción y listado de asistencia a la jornada |
| 2) Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio. | **SI** | Ficha técnica, resultados de la encuesta y soportes<br><br>Según lo determinado por el supervisor | Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del 2024, se aplico encuestas de satisfacciona a los usuarios y madres sustitutas de lo municipios de Garzon, Pitalito y la Plata, a fin de identificara las acciones de mejora para mejorar la perseccion frente al trabajo relaizado por la fundacion socil yo te cuioo, es asi que se anexan la sisguiente informacion:<br>1. 15 Encuentas de satisffacion municipio de Pitalito<br>2. 9 encuestas de satisfaccion municipio de Garzon<br>3. 21 Encuestas de satisfaccion municipio de la plata. |
| 3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio. | **N/A** | Acciones y oportunidades de mejora.<br>Formato 2 (Formato Acciones de Mejora v2).<br><br>En cualquier seguimiento de la supervisión | Par el presente periodo la fundacion social yo te cuido no recibio ninguna accion de mejera por parte del ICBF, ni ningun entidad. Sin embargo, una vez se llege a presentar alguna sotuacion la funbdacion estara presta a dar respuesta a cualquier solicitud. |
| 4) Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto contractual. | **SI** | Actas de apertura del buzón de sugerencias. | El FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO anexa las actas de apertura del buzon de sugerencias por cada municipio (GARZON, PITALITO, LA PLATA) en elmes de junio; asi como, los soportes de envio de dicha informacion a los supervisiores del contrato. |



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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION** | | | |
| 1) Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato | **SI** | <u>Al inicio del contrato</u><br><br>Compromiso de confidencialidad. Formato 5 (Formato Compromiso de Confidencialidad v6) Para dar cumplimiento a esta obligación contractual se debe suscribir un compromiso de confidencialidad entre el ICBF y el representante legal de la empresa contratista u operador social, este compromiso únicamente lo firmará el representante legal de la empresa contratista u operador. | Una vez se dio inicio al contrato de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, se procedió a la firma del formato de confidencialidad por parte de todo el talento humano dispuesto para la prestación del servicio.<br>Del mismo modo, la representante legal de la fundacion realizo firma y entrega dle compomiso de confidencialidad de la informacion par el presente contrato.<br>Se naexa compromiso de confidencialidad firmado por la persona qu eingreso al cargo de Auxiliar administrativa en el municipio de la Plata. |
| 2) Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato | **SI** | <u>En el momento que se materialice un incidente.</u><br><br>Reporte de incidentes de Seguridad de la Información. Formato 6 (Formato Reporte de Incidentes de Seguridad de la Información v2) | Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de juni del año 2024, no se presento ningún incidente de seguridad que pudiera afectar la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información.<br>Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal. |
| 3) Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este. | **SI** | <u>Al inicio del contrato</u><br><br>Plan de recuperación y contingencia.<br>Formato 25 (Formato Plan de Recuperación y Contingencias v2) | La fundación social yo te cuido durante el primer informe de ejecucuin presentado en el mes abril del año 2024, cargo el plan de recuperación y contingencia ante la presencia de cualquier evento que pueda afectar el cumplimiento de la ejecución del contrato. Es asi que durante el presente periodo no se presento ninguna situacion que pusiera en riesgo la seguiridad de la informacion, por lo anterior se anexa certificacion emitada por la representante legal. |
| 4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del<br>objeto del contrato. | **SI** | <u>Segundo y último mes de ejecución.</u><br><br>Certificación de cumplimiento firmada por el supervisor del contrato. Formato 4 (Formato Cumplimiento de Política de Seguridad de la Información v3)<br>Formato 43 (Formato Seguimiento Cumplimiento Controles Seguridad Información Proveedores Servicios Tecnológicos v1). | Durante el periodo el segundo mes de ejecucion se realzio solcitud a la supervisora del contrato para llevar a cabo la fia del certificado correspondientes al cumplimiento de la politica seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato. |
| **EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** | | | |
| 1) Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente | **SI** | Formato 26, Evidencia: Certificación de designación del representante de Seguridad y Salud en el Trabajo. CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | La fundación social yo te cuido cuenta con un representante en seguridad y salud en el trabajo quien cumplen con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente .<br>Se anexa formato F26, El cual certifica el cumplimiento de dicha obligación. |
| 2) Presentar matriz con la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato. | **SI** | Formato 27, Evidencia: Matriz identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, CENTROS ZONALES:<br>, La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | La fundación social yo te cuido cuenta con una matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato.<br>Se anexa formato f27 totalmente diligenciado.<br>De igualmanera durante el presente periodo, no se presento ninguna sctucion de peligro frente a la seguridad y salud en el trabajo que afectara la integridad del talento humano de la fundacion social yo te cuido.<br>Por lo anterior, se anexa certificado emitido por la represenatnte legal. |
| 3) Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. | **SI** | Formato 1, Evidencia: Listado de Asistencia y acta de reunión, CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Par el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024 se llevo a cobo induccion al puesto de trabajo de una profesional en el area de trabajo social quien ingreso a hacer parte del municipio de la Plata. |
| 4) Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del<br>contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades. | **SI** | "Formato 28<br>Formato 29. Evidencia: Matriz de entrega y elementos de protección personal debidamente firmada por cada trabajador, CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad." | Durante el presente periodo se realizo entrega de tapabocas y alcohol a los profeisonales de los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata, a fin de garantizar que estos cueten con los elemntos basicos de proteccion integral.<br>Se anexa formato 29, matriz de entrega de elementos de proteccion personal. |
| 5) Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato. | **SI.** | Certificado Médico Ocupacional, Evidencia: Certificado médico ocupacional de cada trabajador, CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Durante el presente perdido de ejecución se solicito a una profesional que ingresa al municipio de la Plata la toma del examene coupasional de ingreso.<br>Por lo anterior, se anexa examen ocupacionales del talento humano vinculado para esta contratación, dando cumplimiento con la obligación contractual. |
| 444rdd | **SI** | Formato 32, Evidencia: Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Se anexa el formato de la Elaboración Plan de Emergencias y Simulacro .F32.G7.ABS |
| **EJE DE GESTION AMBIENTAL** | | | |
| 1) Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad. | **SI** | Formato 33, Evidencia: Informe donde se describan las buenas prácticas ambientales implementadas junto con registro fotográfico. CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Se anexa formato de certificación y cumplimiento de la política ambiental y buenas prácticas ambientales del ICBF formato N° F33.G7.ABS. |
| 2) Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio | **SI** | Copia del acto administrativo del permiso y/o autorización, estudios ambientales, caracterizaciones de vertimientos, mantenimientos, compensaciones, entre otras. | La Fundación social yo te cuido cuenta con los conceptos higiénicos de Garzón, la Plata vigentes; Sin embargo para el municipio de pitalito no ha sdo posible logarr la visista por parte de la entidad a cargo de este proceso.<br>Desde la fundacion se han realizado todas las acciones pertienetes para lograr se genere esta de manera oportuna, por lo anterior se anexan soportes de las gestiones realziadas desde el equipo de la fundacion. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3) Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente | **SI** | Formato 35, Presentar semestralmente, Evidencia: Matriz de compatibilidad, inventario de productos químicos, hojas de seguridad, lista de chequeo manejo seguro de sustancias químicas. CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Se evidencia formato del ICBF F35.G7.ABS manejo adecuado de productos químicos y/ combustibles. |
| 4) Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente. (aplica solo en caso de que se manejen combustibles en la unidad de servicio). | **N/A** | Formato 37<br>Presentar semestralmente, Evidencia: Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. CENTROS ZONALES:<br>, La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Para el presente periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del 2024 la fundación social yo te cuido no realizo transporte y manejo de combustibles, ado que no se reaquieren para la utilizados durante la prestación del servicio |
| 5) Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato. | **N/A** | Formato 37<br>Presentar semestralmente, Evidencia: Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Durante el presente periodo comprendido entre el 01 y el30 de junio del año 2024 desde la fundacion social yo te cuido no requirio manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos dado que estos no se generan en la ejecución del contrato. |
| 6) Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados. | **SI** | Formato 38, Presentar semestralmente, Evidencia: Informes de mantenimiento y limpieza, así como, Certificaciones de disposición final de residuo si aplica. CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | la fundación SOCIAL YO TE CUIDO no cuenta con infraestructura que tenga trampas de grasa ni planta de tratamiento de agua. |
| 7) Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente. | **SI** | Formato 39<br>Formato 40<br>El plan de saneamiento al inicio del contrato, y los registros serán entregados trimestralmente, Evidencia: Plan de Saneamiento y registros de cumplimiento. CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata tiene su propio plan de saneamiento básico el cual esta diligenciado en el formato F39.G7.ABS y F40.G7.ABS |
| **Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| **COMPONENTE GENERAL** | | | |
| 1) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato. | **SI** | Informe mensual de prestación del servicio correspondiente al periodo vigente CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Durante el presente periodo desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a cada una de las actividades establecidas en el presente contrato, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, zonas de incidencia del mismo; es así que se adjunta certificación emitida por la representante legal en la cual consta el cumplimiento de los compromisos. |
| 2) Cumplir con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad. | **SI** | Informe mensual de prestación del servicio de los CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a las acciones enmarcadas en el objeto contractual en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, aplicando de manera correcta y satisfactoria los lineamientos, guías técnicas y manuales operativos establecidos para la modalidad Hogar Sustituto. |
| 3) Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias y dar aviso inmediato al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución y proponer alternativas de solución. | **SI** | Plan de Contingencia- registro de correos electrónicos informando a la Supervisora del Contrato sobre Evasiones si se han presentado durante el mes. CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, se presentaron DIEZ situaciones de abandono irregular,7 de esta usuarios estaban ubicadosen el municipio de la Garzon y 3 en el municipio de la PLata, las cuales se reportaron de inmediato a la autoridad administrativa, supervisora y policía a fin de activar las rutas necesarias para atender dichas situación, a continuación se describe la situacion:<br>1. Usuaria M.A.B.C - el dia 11 de junio del año 2024, usuaria ubicada en el municipio de la plata, pero presenta abandono irregular en una cita medica en el municipio de Neiva.<br>2. Usuarioa F.J.V.M - Usuario que ingresa a la medida el 11 de junio pero presenta abandono irregular el 12 de junio - ubicado en el municipio de la Plata<br>3. Usuario A.A.J - Presenta abandono irregular el dia 04 de junio del año 2024 en unidad de servicio ubicada en el municipio de Garzon.<br>4. Usuarios L.G.M, N.A.I.S. y J.A.R.G U - usuarios ubicados en unidad de servicio del municipio de Garzon, todos ubicados en la misma unidad de servicio presentan abandono irregular el 21 de junio del año 2024.<br>5. Usuaria Y.A.C - Presenta abandono irregular de unidad de servicio ubicada en el municipio de la Jagua.<br>6. Usuaria H.J.C.R - Poresenta abandono irregular el dia 15 de junio de unidad de servicio ubicada en Garzo.<br>7. Usuaria I.D.M.C - Presenta abandono irregular el dia 22 de junio de unidad de servicio ubicada en el municipio de Garzon<br><br>Teniendo en cuenta lo anterior, se anexa correos electronicos de reporte de la situacion. |
| 4) Presentar información, y soportes que den repuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato | **SI** | Acta o actas de visita y/o comunicación, (si aplica), o certificación. CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Durante el presente periodo la fundación social yo te cuido no recibió ningún requerimiento por parte de los entes de control frente a la calidad de la prestación del servicio; por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal. |
| 5) ) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato. | **SI** | Reporte de fotografía del archivo de los anexos de historia de atención. CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito.<br><br>verificación en sitio | En las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar sustituto, ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la plata, se han dispuesto los medios necesarios para salvaguardar la información y custodia de las carpetas e historias de atención de los niños, niñas, adolescentes, familias sustitutas y talento humano.<br>por lo anterior, certificación emitida por la representante legal. |



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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6) Atender durante la ejecución del contrato, los requerimientos, instrucciones y recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. | **SI** | Reporte respuestas de los requerimientos y/o recomendaciones realizadas por el ICBF. CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | En el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024 se dio cumplimiento a las orientaciones e instrucciones recibidas desde el ICBF, a fin de garantizar la prestación del servicio en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.<br>De igual manera, durante el periodo no se recibió ningún requerimiento por parte de los supervisores del contrato, por lo anterior se anexa certificación emitida por la representante legal. |
| 7) ) Entregar oportunamente, al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en la ejecución del contrato cuando así se requiera | **SI** | reporte o respuesta de informes, a las solicitudes formuladas (si aplica). CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. | Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024, se realizo entrega oportuna al supervsiior del contrato de todas las solicitudes realizadas.<br><br>Por lo anterior se anexa correo de envio de planillas. |
| 8) Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo "Buenas Prácticas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente | **SI** | Certificación emitida por el representante legal. CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Para el periodo del presente informe desde la fundación social yo te cuido se ha cumplido a cabalidad en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata, con las disposiciones establecidas en el capítulo de buenas practicas en la gestión contractual.<br>Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta del cumplimiento de dicha obligación. |
| 10) Abstenerse de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso, y notificando a la supervisión y<br>autoridades competentes cualquier hecho que se relacione con estas conductas. | **SI** | Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que NO recibió o solicitó cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso | Desde la fundación social yo te cuido no se ha recibido o solicitado ninguna dadiva o beneficio en el proceso de gestión y desarrollo del proceso de atención de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.<br>Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta que |
| 11) El contratista se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejando constancia de su compromiso para brindar un trato respetuoso buscando<br>generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y se comprometen a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen | **SI** | Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colabores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen. | Durante el periodo comprendido entre el 01 y 30 de junio del 2024, desde la fundación social yo te cuido se ha asumido practicas de buen trato para con el talento humano, las madres sustitutas, familias biológicas y usuarios que hacen parte de la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata.<br>Teniendo en ciento lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal. |
| 12) Constituir y cargar en SECOP las garantías requeridas dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato. | **SI** | soportes cargue de información en el SECOP II | La fundación social yo te cuido cumplido con el cargue de información correspondiente a la suscripción del contrato en los tiempos definidos con los soportes e información requerida.<br>Se anexa pantallazo, del cargue oportuno de la información. |
| 13) Promover acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad. | **SI** | Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que esta realizando acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad. | Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, desde la fundación social yo te cuido con el apoyo de los equipos psicosociales dispuestos para la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata se han implementado acciones para vincular a la familias y redes vinculares a las atenciones implementadas desde la modalidad.<br>Por lo anterior se han llevado las a cabo las siguuientes acciones:<br>ENCUENTROS BIOLOGICOS:<br>+ Garzon: 20 y 17 de junio del 2024<br>+ Pitalito: 14 y 17 de julio del 2024<br>+ La Plata: 20 y 21 de junio del 2024.<br><br>Por otra parte, se llevo a cabo talleres de fortalecimiento a las familias biologicas en estas mismas fechas a fin de potencializar las capacidades, tratando la tematica de Buenas practicas de salud en familia y manejo de emociones. |
| . 14) Reportar por escrito y de forma inmediata al supervisor cualquier novedad o anomalía en la ejecución del contrato. | **SI** | certificación emitida por el representante legal | Durante el presente periodo no se presento ninguna novedad y anomalía que pudiera afectar la prestación del servicio en los municipios de Garzón Pitalito y la plata; sin embargo, de llegarse a presentar cualquier situación esta será reportada por los coordinadores de la modalidad de manera inmediata a la supervisión del contrato.<br>por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual conta que no se ha presentando ninguna novedad. |
| 15) Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato. | **SI** | reporte certificación donde el Operador registre el cumplimiento de todas las demás obligaciones relacionadas con la naturaleza del contrato | Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del 2024 se dio cumplimiento a todas las orientaciones y dispocisiones relacionadas con la naturaleza del contrato a fin de dar cumplimiento con las acciones y atenciones requeridas. |
| **Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (di)** | **Observaciones (iv)** |
| **COMPONENTE TECNICO** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Atender 118 cupos en la modalidad Hogar Sustituto para la población: Vulneración 95 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito y Discapacidad 23 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por los centros zonales y/o regionales, según aplique. | **SI** | MENSUAL: CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito.<br>1.Planillas de atención mes a mes enviadas al ICBF<br>2.Correo electrónico de reporte de cupos a autoridad administrativa asignada.<br>3. Certificado de cupos firmado por el Representante Legal. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del 2024, se atendieron un total de 99, niños, niñas y adolescentes; discriminados de la siguiente manera, según centro zonal:<br><br>1. Centro zonal Garzón: 35 cupos<br>Vulneración: 28 Cupos<br>Discapacidad: 07 cupos<br><br>2. Centro zonal Pitalito: 30 cupos<br>Vulneración: 19 cupos<br>Discapacidad: 11 cupos<br><br>3. Centro zonal la Plata: 34 cupos<br>Vulneración: 29 cupos<br>Discapacidad: 05 cupos<br><br>Por lo anterior, se anexa planillas de reportes de los cupos atendidos y el correo donde se reporto debidamente la información a las supervisoras del contrato, así como certificación emitida por la representante legal. |
| 2) Adelantar las acciones del proceso de atención en el marco de la Propuesta de Implementación y Cualificación aprobada. | **SI** | Informe mensual de prestación del servicio<br>CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito.<br>Concepto de aprobación y copia del PAI vigente.<br>Revisión de manera mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. Revise el informe mensual de prestación del servicio y verifique que el operador registre que se desarrollaron las acciones del proceso de atención, de acuerdo con lo definido en la Propuesta de Implementación y Cualificación PIYC aprobada. | Durante el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes actividades las cuales estaban enmarcadas dentro de los coronogramas establecidos para el desarrollo de la prouesta de implementacion PIYC, en los municipio de Garzon, Pitalito y la Plata:<br><br>1. Encuentros biologicos y Fortalecimiento a familias biologicas:<br>+ Garzon: 20 y 17 de junio del 2024<br>+ Pitalito: 14 y 17 de julio del 2024<br>+ La Plata: 20 y 21 de junio del 2024.<br><br>2. Fortalecimiento a familias sustitutas: Encuentro formativo frente a la orientacion para la gestion de diagnosticos medicos para la poblacion con discapacidad;<br>+ Garzon: 17 de junio del 2024<br>+ Pitalito: 12 de junio del 2024<br>+ La Plata: 24 de junio del 2024.<br><br>5. Jornada de celebracion del SAMPEDRITO :<br>la plata: 19 de junio del 2024<br>Garzon: 19 de junio del 2024<br>Pitalito: 20 de junio del 2024 |
| 3) Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención que cumpla con los criterios establecidos en los documentos técnicos vigentes del ICBF | **SI** | VERIFICACION EN SITIO y Certificado que de constancia del cumplimiento de esta clausula por parte del representante legal | Durante el presente periodo la fundacion social yo te cuido se garantizo que todos los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad Hogar Sustituto cuenten con sus respectivas historias de atención con documentación y seguimientos actualizados según cronograma establecido para cada mes.<br>Teniendo en cuenta, lo anterior para el periodo comprendido entre el 01 el 30 de JUNIO del año 2024 se aperturaron historias de de atencion, discriminadas de la siguiente manera:<br><br>Municipio de Garzon: 3 historias de atencion - vulneracion<br>Municipio de la Plata: 5 historias de atencion - vulneracion<br>Municipio de Pitalito: 3 historias de atencion - vulneracion<br><br>De igual manera para el presente periodo se dieron 14 egresos:<br><br>Municipio de Garzon: 8<br>Municipio de la Plata: 3<br>Municipio de Pitalito: 3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4) Implementar el registro de experiencias según lo establecido en los lineamentos y manual operativo de la modalidad | **SI** | VERIFICACION EN SITIO *FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR, diligenciado para cada una de las unidades de servicio activas en las sedes , Pitalito y La Plata. | El periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del 2024 se llevo a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio:<br>1. Municipio de Pitalito: los días 20 al 28 de junio del 2024.<br>2. Municipio de la plata los días17 al 28 de junio del 2024,<br>3. Municipio de Garzon los dias 24 al 28 de junio del 2024<br>Jornadas en las cuales se verifico las condiciones de las unidades de servicio.<br>Jornadas en las cuales se verifico el registro de experiencias de cada madre sustitututa con las acciones desarrolada dentro del hogar con cada uno de los usuarios.<br>Por lo anterior, se anexa Formato F14, Donde se evidencia las situaciones encontradas en las unidades de servicios; Del mismo modo, se remite certificacion emitida por la representante legal en la cual se da el aval de las acciones realizadas. |
| 5). Cumplir con el componente de alimentación y nutrición, acorde con lo establecido en los documentos técnicos, manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto, memorandos, requerimientos y/o directrices que emita el ICBF | **SI** | Informe mensual de prestación del servicio<br><br>*Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal. | Durante el periodo comprendido del 1 a 30 de junio del 2024, se llevo a cabo todas las acciones establecidas en el componente de salud y nutrición acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos; es así que la representante legal certifica el cumplimiento de dichas acciones. |
| 6). Garantizar a los beneficiarios, los elementos de dotación personal, escolar, acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos y los tiempos y cantidades establecidos en el manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto. | SI | VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal | Durante el periodo comprendido entre el 01 al 30 de junio del 2024, desde la fundación social yo te cuido se ha garantizado la entrega de los elementos correspondientes a dotación personal y escolar acorde a los tiempos establecidos en los lineamiento técnicos del ICBF.<br>* Dotaciones iniciales:<br>Garzón: 5<br>Pitalito: 3<br>La plata: 3 |
| 7) informar y articular con la autoridad administrativa las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características. | **SI** | VERIFICACION EN SITIO<br>*Certificado de cumplimiento de esta obligación por parte del representante legal | En el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de mayo del año 2024 la fundacion social yo te cuido realizo articulaciones con las entidades del sistema Nacional de Bienestar Familiar a fin de garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características", como se relaciona a contunuacion:<br>MUNICIPIO DE GARZON:<br>* Solicitud de notas y retiro de la institución educativa del menor J.A. R. G<br>* Solicitud de Rubro para Compra de Útiles Escolares y Uniformes para K. C<br>* AUTORIZACION ORDENES MEDICA SHAROL N.M<br>* AUTORIZACION COMPRA MEDICAMENTO RE: SOLICITUD MEDICAMENTO URGENT<br>* SOLICITUD TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL_M.V.C<br>* SOLICITUD CONSULTA PRIMERA VEZ CONTROL DEL JOVEN_W.E.C<br>* Fwd: Translado de punto de atencion EPS MALLAMAS<br>* VALORACIONES NICOLAS A.I.S<br>* INFORMACION N.R<br>* SOLICITUD CONSULTA PRIMERA VEZ MEDICO GENERAL_W.E.S<br><br>* *MUNICIPIO DE LA PLATA:<br>+ Usuaria M.J.F.O - soliictud de cita con psiquiatría<br>+ usuaria M.A.A.G -Solicitud de cita con psiquiatría<br>+ S.V.O.R -solicitud de portabilidad de los servicios de salud a la<br>* L.J.M.M -solicltud de cita con psiquiatía<br>* A.E.O.R -solicitud de portabilidad de los servicios de salud a la plata<br>* O.M.A solicitud de entrega de gotas oftamolamicas<br>* M.A.B.C - solicitud de cita con psiquiatria<br><br>MUNICIPIO DE PITALITO<br>* Solicitud de cita por psiquitria para el usuarioa Y.L.S.G<br>* Solicitud gestiones para vinculacion en salud para el usuario Y.S.M |
| 8) Realizar acciones mensuales donde se evidencien las gestiones para la vinculación de los beneficiarios en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y cumplir con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas trimestrales. | **SI** | VERIFICACION EN SITIO<br>*Certificado de cumplimiento por parte del representante legal. | La FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO en el periodo del presente informe realizo acciones a fin de realizar la vinculación de los usuarios de la modalidad Hogar sustituto en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y dar cumplimiento con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas; por lo anterior, se anexa certificación firmada por la representante legal. |
| 9) Realizar acciones para que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participe en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y adecuando el cronograma de visitas de acuerdo con los tiempos disponibles de las familias. | **SI** | VERIFICACION EN SITIO<br>* Certificado de cumplimiento por parte del representante legal. | Durante el periodo comprendido entre el 1 al 30 DE JUNIO del 2024, la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO llevo a cabo acciones para permitir que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participen en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y ajustando los tiempo acuerdo con la disponibilidad de las familias; entre las cuales se evidencian:<br><br>ENCUENTROS BIOLOGICOS:<br>+ Garzon: 20 y 17 de junio del 2024<br>+ Pitalito: 14 y 17 de julio del 2024<br>+ La Plata: 20 y 21 de junio del 2024.<br><br>2. Fortalecimiento a familias biologicas sobre Fortalecimiento de autoimagen positiva.<br>+ Garzon: 20 y 17 de junio del 2024<br>+ Pitalito: 14 y 17 de julio del 2024<br>+ La Plata: 20 y 21 de junio del 2024. |
| 10) Contar con mecanismos de control dentro de los hogares sustitutos para asegurar que los medicamentos estén fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes y se suministren de acuerdo con lo indicado en la fórmula médica expedida por la EAPB, Lo anterior, debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto. Además, que no tengan acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego y demás materiales con lo que se pueda atentar contra con su integridad personal o la de los demás. Lo anterior. debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto | **SI** | VERIFICACION EN SITIO<br>Certificado de cumplimiento por el representante legal. | Para el presente periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del 2024 la fundación social yo te cuido brindo orientaciones a las madres y padres sustitutos para el adecuado manejo de medicamentos y elementos cortopunzantes y evitar que estos se encuentren al alcance de los niños, niñas o adolescentes. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11) Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos, y las evidencias deben reposar en el anexo de la historia de atención de cada uno según corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a la modalidad | **SI** | VERIFICACION EN SITIO *Evidencia de socialización de la Guía de Orientaciones al talento humano ( actas, listado de asistencia, registro fotográfico).<br>*Pantallazo del envío del reporte de eventos si se han presentado en el mes.<br>*Pantallazo de lo registrado en el espacio de acciones realizadas y registradas dentro de la matriz del reporte de eventos.<br>* Certificado de cumplimiento por el representante legal. | Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del 2024 no se presentan situaciones de riesgo al interior de las unidades de servicio de la modalidad hogar sustituto; por lo anterior, se remire certificación emitida por la representante legal donde consta dicha situación. |
| 12). Presentar soporte de entrega del plan de acción vigente en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico a la Dirección Regional, así como las acciones y estrategias adelantadas para tal fin. | **SI** | Al inicio del contrato Documento plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico*Plan de Prevención y soporte de envió *Verificado de cumplimiento por el representante lega. Elaborar el plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico y entregarlo al supervisor del contrato durante el primer mes de ejecución del presente contrato. | Para el primer periodo de ejecucion llevado a cabo en del mes de abril del año 2024 la fundación social yo te cuido remitio Matriz Plan de Acción Prevención del Daño Antijurídico correspondiente al presente contrato, la cual fue revisada y aprobada por la lider encargada de dicho tramite.<br>Así mismo, se adjunta soporte de envió y aprobación del mismo por parte de la supervisora del contrato y correo de solicitud de asistencia técnica. |
| 13) Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la modalidad de acuerdo con lo establecido en el Política de Prevención del Daño Antijurídico. | **SI** | Reporte de eventos<br>*Certificado de cumplimiento por el representante legal | Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, no se presentaron eventos de daño antijuridico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de Garzon, la Plata y Pitalito.<br>Se anexa correo de reporte al enlace de daño antijuridico de la regional. |
| 14) Presentar al supervisor de contrato una propuesta de la entidad para llevar a cabo de manera permanente, la difusión y apertura de nuevos Hogares Sustitutos. La propuesta debe contar con indicadores, responsables y un cronograma mensual de actividades para este fin de parte del operador; así mismo, la entidad deberá apoyar a la Dirección Nacional y Regional del ICBF, así<br>como a los coordinadores de los centros zonales de la regional donde ejerce su jurisdicción, en el proceso de convocatoria, difusión de la modalidad y conformación de nuevos hogares sustitutos según lo establecido en el manual operativo de la modalidad, para contar con el número de familias sustitutas requeridas, según los cupos contratados, teniendo en cuenta las tablas de ubicación máxima por unidad de servicio del manual operativo de la modalidad, garantizando así la adecuada atención de los niños, niñas y adolescentes. | **SI** | *Informe mensual de prestación del servicio.<br>*Evidencia del proceso de convocatoria y difusión de la modalidad realizado durante el mes.<br>* Certificado de cumplimiento por parte del representante legal. | La fundación social yo te cuido en el mes de MAYO del año 2024 llevo a cabo acciones de convocatoria y difusión de la modalidad hogar sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata; por lo anterior, se a la adjunta las evidencia del proceso de convocatoria:<br><br>LA PLATA: El dia 25 de junio del 2024, jornada de divulgacion de la modalidad<br><br>GARZON: El dia 28 de junio del 2024, jornada de divulgacion de la modalidad..<br><br>PITALITO: El dia 24 de junio del año 2024.jornada de divulgacion de la modalidad. |
| 15) Elaborar y mantener actualizadas todas las bases de datos de los hogares sustitutos de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad. | **SI** | Base de datos actualizada con corte al mes pertinente.<br>*Certificado de cumplimiento por parte del representante legal. | Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, desde la fundación social yo te cuido se realizó la actualización de la base de datos de los Hogares Sustitutos ubicados en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata; es asi que a la fecha del presente informe encintramos las siguientes unidades de servio en cada municipio:<br>* Garzon: 13<br>+ Pitalito: 8<br>* La plata:11 |
| 16) Cumplir con el proceso de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas, presentando para ello al supervisor del contrato un cronograma semestral con fechas, responsable e indicadores, en donde se incluyan todas las temáticas<br>establecidas en el manual operativo de la modalidad. | **SI** | Al inicio de contrato y cada seis meses durante la ejecución Documentos que den cumplimiento a la obligación<br>Verifique que el operador cuente con soporte de entrega del cronograma semestral de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas | La fundación social yo te cuido realizo actividades de fortalecimiento familiar con las madres sustitutas en el mes de junio del año 2024, por lo anterior, se anexan Actas Actividades realizadas, de acuerdo a lo establecido en el cronograma de fortalecimiento familiar de los hogares sustitutos; po lo anterior, se desarrollo jornadas de Fortalecimiento a familias sustitutas: Encuentro formativo frente a la orientacion para la gestion de diagnosticos medicos para la poblacion con discapacidad;<br>+ Garzon: 17 de junio del 2024<br>+ Pitalito: 12 de junio del 2024<br>+ La Plata: 24 de junio del 2024. |
| 17) ) Participar en los espacios de fortalecimiento técnico de la modalidad Hogar Sustituto a los cuales sea convocado por las Autoridades Administrativas, el Centro Zonal, la Regional o la Sede Nacional del ICBF. | **SI** | Certificación emitida por el representante legal | Durante el mes de junio de 2024 la Fundación social yo te cuido participo activamente en dos convocatorias realizadas por el ICBF:<br><br>* Asistencia tecnica virtual "transformación para la calidad desde las tipologías de Hogar Sustituto". Resolución 5062 del 2021: interrupción, cierre y reanudación hogares sustitutos. Proceso de conformación de hogares sustitutos<br>Revisión por Dirección "transformación para la calidad desde las tipologías de Hogar Sustituto" el dia 20 de junio del 2024.<br><br>* Jornada de asistencia técnica sobre "Violencia en el contexto familiar/ Afectaciones a causa de la violencia física emocional y negligencia en los niños, niñas y adolescentes" la cual se llevará a cabo el día Jueves 13 de Junio a las 8:30 am en el auditorio de la Regional Huila. |
| 18) Presentar al supervisor de contrato al inicio del contrato y de manera trimestral, un cronograma de lo que se denomina en el manual operativo de la modalidad: "semana de proyecto familiar" de cada uno de los Hogares Sustitutos que administra, con nombres de la madre o padre sustituto, fecha en que se tomará la semana de proyecto familiar,<br>observación de si la semana se toma con los beneficiarios ubicados o no, todo esto con el fin de organizar este espacio de las familias sustitutas | **SI** | Documentos que den cumplimiento a la obligación-<br>Verifique que el operador cuente con soporte de entrega del cronograma de semana de proyecto familiar. | La fundación social yo te cuido cuenta con un cronograma para el desarrollo trimestral de actividades encaminadas a la semana del proyecto familiar, en cada uno de los hogares sustitutos |



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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 19) Elaborar e implementar un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad y Manual Operativo de la modalidad Hogar sustituto. | **SI** | Documentos que den cumplimiento a la obligación | Durante el mes de junio la fundación social yo te cuido lleva a cabo todas las acciones enmarcadas en los cronogramas, es así que se evidencian cronogramas de actividades desarrolladas por el equipo de talento humano por cada munciipion de atencion, en el cual se evidencia el desarroolo de las siguientes actividades:<br>* Seguimiento a usuarios de la modalidad<br>* jornadades de fortalecimiento familiar a familias sustitutas y familias biologicas<br>* jornadas de diculgacion de la modalidad<br>* visita a unidades de servicio<br>* talleres con usuarios y actividades de fortalecimiento del pryecto de vida. |
| **Cumplimiento de Obligaciones Administrativas del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| **COMPONENTE ADMINISTRATIVO** | | | |
| 1) Disponer del talento humano en perfil y tiempo de dedicación exigido para el desarrollo del servicio, acorde con los documentos técnicos del ICBF y mantener actualizadas las carpetas del talento humano vinculado para la ejecución del contrato, las cuales deben incluir: hoja de vida, soportes de estudio, tarjeta profesional (cuando aplique), certificaciones de experiencia, código ético firmado, contrato debidamente firmado, certificados de antecedentes (Contraloría, Procuraduría, Policía), registro nacional de medidas correctivas (inicial y con actualización trimestral), consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes (inicial y con actualización cada 4 meses), antecedentes profesionales (cuando aplique), soportes de pago de seguridad social y documentos de compromiso de confidencialidad y de protección de datos firmados. Lo anterior, puede ser físico o magnético. La contratación del talento humano que se requiera no podrá ser tercerizado. | **SI** | Certificado de Cumplimiento. Listado del Talento Humano-Informe mensual de la prestación del servicio. (mensual)-verificación en sitio, | Para el periodo comprendido entre el 01 al 30 de junio del 2024 la fundación social yo te cuido dispuso del Talento Humano requerido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, por lo anterior, se anexa directorio de talento humano; Como se describe a continuaion:<br><br>1. COORDINADORES<br>+ Fabian Andres Lamilla Galvis<br>+ Yudy Alejandra Barragan Cleves<br><br>2. NUTRICIONISTA<br>+ Hamara Paez Delgado<br><br>3. PROFESIONALES DE AREA<br>+ Ana Maria Losano Plaza<br>+ Diego Alejandro Losada Romero<br><br>4. EQUIPO GARZON<br>+ Karen Yesina Alvarez Caicedo - Trabajadora social<br>+ Jessica Lorena Garzon - Gestora de caso<br>+ Maria Alejandra Trujillo - Auxiliar Administrativa<br><br>5. EQUIPO LA PLATA<br>+ Paola Andre Marion - Psicologa<br>+ Ledy Constanza Rojas Moreno - Trabajadora social<br>+ Laura Daniela Olcunche- Gestora de caso<br>+ Mercedes - Auxiliar administrativa |
| 2) Presentar mensualmente certificado emitido por el representante legal y contador en el que haga constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos, con la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas, la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes y con el tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la modalidad. | **SI** | Informe Técnico mensual-Certificado de Cumplimiento de esta obligación. Revise que se adjunte al informe, la certificación firmada por el representante legal y el contador en la que certifiquen que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil, los requisitos y con el tiempo de dedicación exigidos en los lineamientos. | Para el periodo del mes de junio la fundación social yo te cuido soporta que dispone del Talento Humano requerido para el desarrollo de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto y cuenta con los requisitos exigidos contractualmente; por lo anterior, se anexa el certificado firmado por la representante legal. |
| 3) ) Cumplir y mantener durante toda la ejecución del contrato, adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes. | **SI** | Informe Técnico Mensual, Certificado de Cumplimiento de esta obligación -registro fotográfico-Licencia de Funcionamiento | Para el periodo del mes de junio la fundación social yo te cuido dio cumplimiento con las condiciones locativas y de infraestructura que estipula el Lineamiento Técnico de Modalidades para la Atención de Niños, Niñas, Adolescente y Jóvenes con sus Derechos Amenazados y/o Vulnerados". en las sedes administrativas ubicada en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.<br>Teniendo en cuenta lo anterior se anexa certificación firmada por la representante legal. |
| 4) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa competente y al supervisor del contrato, de acuerdo con los procesos, procedimientos y orientaciones establecidos por las Direcciones de Planeación, Protección y la Oficina Asesora de Comunicaciones para el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el servicio. Aplica para universidades, ONG, periodistas, estudiantes, docentes, cooperantes, contratistas del ICBF, funcionarios del ICBF y cualquier otra persona. | **SI** | La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencias: Registro de autorizaciones en caso de el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | Para el periodo del mes de junio del 2024, se resalta que no se realizaron investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad. |
| 5) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa y al supervisor del contrato, para atender a los beneficiarios en otra sede. | **SI** | MENSUAL: CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Garzón y Pitalito.<br>1.Planillas de atención mes a mes enviadas al ICBF<br>2.Correo electrónico de reporte de cupos a autoridad administrativa asignada. | La fundación social yo te cuido durante el periodo del 01 y el 30 de junio del 2024 no se realizaron atenciones de usuarios en otras sedes del operador, estas se llavín a cabo en las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. |
| 6) Contar con los medios tecnológicos y de comunicaciones necesarios para registrar y transmitir la información al ICBF. | **SI** | "CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br>Evidencia: Evidencia de los medios tecnológicos para transmitir la información ICBF. Modalidades: Vulneración y Discapacidad." | La fundación social yo te cuido en el mes de junio, dsipone de los medios tecnoclogicos requeridadp para el desarrollo de las Modalidades Discapacidad y Vulneración, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata y de esta manera registrar y trasmitir la información al ICBF, tales como son:<br>1. Correo electronico para cada profesional desde el dominio de la pagiina web de la fundacion.<br>2. Grupos informativos de whatsaap donde se comparte informacion de interes oara el talento humano y madres sustitutas.<br>Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal. |
| 7) Realizar las confirmaciones de los ingresos y egresos de cada usuario (a), de acuerdo con las órdenes de los Defensores de Familia y Comisarios de Familia, en el Sistema de Información Misional del ICBF siempre y cuando el sistema se encuentre disponible y operando correctamente | **SI** | "CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencias: Relación de radicados (físicos y/o electrónicos) Modalidades: Vulneración y Discapacidad. " | Desde la fundación social yo te cuido la persona encargada de manejar el registro de ingresos y egresos a la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón Pitalito y la Plata, es FABIAN ANDRES LAMILLA GALVIS, todo este manejo se ha dado a través del correo electrónico dispuesto por la fundación, lo anterior, dado que a la fecha no se ha logrado la asignación de usuario SIM, puesto que presentamos fallas en el registro de PROVEEDORES, situación que ya se encuentra escalonada a la sede nacional y estamos a la espera de que sea habilidad dicho aplicativo y de esta manera sean asignado el usuarios SIM.<br><br>se anexa acta de solicitud de usuario SIM. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8) Cumplir con las acciones establecidas en la Guía técnica para la metrología aplicable a los programas de los procesos misionales del ICBF vigente | **SI** | Verificación en sitio. 2 veces al año.<br><br>Certificación por representante legal mensual | La fundación social yo te cuido cumple a cabalidad con la totalidad de las acciones establecidas en la Guía Técnica para la metrología aplicable a modalidad; por lo anterior se anexa, certificado de la representante legal en la cual se establece que durante el mes de mayo la fundación cuenta con los equipos metrológicos en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzo, Pitalito y la Plata.<br>De igual manera se anexa certificado de calibracion reciente de los equpos asignados para cada centro zonal |
| 9) Realizar las gestiones de adquisición de elemento de dotación para la modalidad de atención según sea el caso, de acuerdo con los recursos destinados en el contrato para tal fin, cuando aplique | **SI** | Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera | Durante el presente periodo no se realizo adquisición de elementos para la dotación de las sedes administrativas, |
| 10) Contar con un banco de hojas de vida y proceso de selección que le permita cubrir antes de 10 días hábiles alguna vacante del personal que opera el servicio cuando se presenta renuncia unilateral por parte del empleado | **si** | Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera | la fundación social yo te cuido cuenta con un banco de hojas de vidas las cuales cumplen con todos los requisitos para suplir alguna vacante que se llegue a presentar durante la prestación del servicio; estas son recepcionadas desde el correo fundacionsocialyotecuido@gmail.com<br>y debidamente revisadas y aporbadas por el equipo de coordinadores de la fundacion.<br>Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal donde hace constar dicha información |
| 11) Contar con un programa que propenda por la estabilidad del talento humano, con el fin de disminuir la rotación de personal en los servicios, lo que impacta negativamente la adherencia pedagógica de los usuarios | **si** | Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera | La fundación social yo te cuido cuenta con estrategias que permitan generar estabilidad al talento humano vinculada a la modalidad, a fin de que no presente acciones de rotación de personal, que afecten la prestación del servicio. Entre ellas encintramos:<br>1. convenio con la UNIVERSIDAD UNICALRETIANA a fin de potencializar y fascilitar procesos academicos de los profesionales-<br>2. Jornadas de cualificacion al talento humano y fortalecimiento de saberes.<br>4. espacios de escucha . |
| **Cumplimiento de Obligaciones dotación recibida o adquirida por el contratista del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA POR EL CONTRATISTA** | | | |
| 1) ) Suscribir acta de recibo y de entrega de los bienes muebles entregados por el ICBF al inicio y al final de la vigencia del presente contrato y adquiridos durante la ejecución del mismo con la respectiva relación de inventarios, bienes que quedaran bajo su custodia, serán su responsabilidad y deberán ser devueltos una vez se dé por terminado el contrato. Así mismo, se deberán actualizar y reportar a la supervisión de contrato, con una periodicidad cuatrimestral las novedades presentadas en el inventario, siendo el supervisor responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones. | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL: Certificado de la fundación<br>Acta de Recibo de bienes muebles e inventario | La fundacion social yo te cuido cuenta con inventacrios de la todacion basica recibida al inicio del contrato, la cual se ha ido actualizando según el avance en las necesidades. Por lo anteior, se anexa inventarios de las dotaciones con las que se cuenta en cada sede. |
| 2) Informar de manera inmediata al supervisor, una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con el traslado de las correspondientes facturas y demás soportes que apliquen | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>certificado de la fundación ,<br>Oficio radicado en centro zonal<br>1) copia de la factura de compra<br>2) evidencia fotográfica del elemento instalado<br>3) Copia de la factura de venta | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 3) Si una vez se reciba la dotación por parte del contratista responsable de los bienes, en la verificación inicial encuentra inconsistencias, al confrontar la relación o acta de bienes que tiene a cargo contra el inventario físico realizado respecto de los bienes que le han sido suministrados para su servicio, comunicará por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recibo al servidor público encargado del control de inventarios -responsable de almacén- sobre las diferencias detectadas -faltantes y sobrantes- para que efectúe las verificaciones y correcciones si a ello hubiere lugar | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>Relación o Inventario de muebles y enseres entregado por el ICBF | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 4)Utilizar los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato conforme al uso legítimo autorizado. | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>Informe mensual de prestación del servicio, Facturas y soportes de gastos por mantenimiento | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 5) Responder por cualquier deterioro de los bienes muebles devolutivos, que no provenga del desgaste natural o que provenga del uso no autorizado por el ICBF. | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>Actas de inventarios, soportes contables y evidencias fotográficas | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 6) Emplear la mayor diligencia en la conservación de los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato. | **N/A** | CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>Inventario delos elementos de dotación, Soportes de gastos y conceptos técnicos de mantenimientos evidencia fotográfica | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 7)Efectuar las reparaciones y mantenimientos indispensables para la conservación de bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>*Certificado representante legal<br>Informe mensual de prestación del servicio, Acta de inventario de muebles y enseres. Mantenimientos e Informe o reporte de anomalía | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 8) Vigilar y custodiar los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perturbados por terceros. En caso de ocurrir cualquier perturbación a la tenencia, dar aviso al ICBF en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho. | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>informe mensual de prestación del servicio, Soporte o nota contable | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9) Llevar la contabilidad de los bienes muebles por centro de costos, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico - y documentos administrativos vigentes que rijan para el programa, en los casos que aplique. | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>Libro auxiliar que evidencie el registro en el centro de costos | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 10) Informar al supervisor del contrato la existencia de siniestros dentro de los cinco (5) días hábiles a su ocurrencia. | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>*Certificado representante legal y/o Comunicación escrita | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 11) Elaborar en coordinación con el delegado del ICBF el inventario de los elementos de dotación que sean adquiridos y entregados con recursos del ICBF, y entregarlo al supervisor del contrato para el respectivo procedimiento de ingreso y egreso de bienes que establezca el ICBF | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>*Radicado documentos para almacén<br>*Actas de entrega<br>*Registro Fotográfico | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 12) Restituir mediante acta a la persona natural o jurídica que determine el ICBF a la terminación del contrato, los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF, según inventario inicial, salvo que al terminar el contrato los bienes hayan cumplido su vida útil y no puedan ser utilizados para el servicio. En este caso, se procederá conforme con lo establecido en el anexo técnico respectivo dado por el ICBF. | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega-Inventarios de bienes muebles y enseres detallando el estado de los mismos | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 13) Relacionar en acta, tanto al inicio como al final del contrato, los elementos propiedad del CONTRATISTA y puestos a disposición de las unidades de servicios, incluidos en el plan de trabajo. | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br>SOPORTE DOCUMENTAL; Acta de inicio y final de la relación de los elementos de propiedad del Contratista y puestos a disposición de la modalidad- | Se anexa inventario de los elemntos de propiedad de la fundacion social yo te cuido la cual ha sido dispuesta para la prestacion del servcio. |
| 14) Garantizar en caso de traslado o cierre de las unidades de servicio, que los elementos de dotación propiedad del ICBF sean transferidos a la nueva unidad, mediante acta de entrega, en presencia del supervisor del contrato, representante legal del contratista y del almacenista de la Regional cuando aplique. | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br>SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega de inventario de elementos devolutivos o restitución a la terminación del contrato | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 15) Entregar al supervisor del contrato, la relación de actas de entrega a cada unidad de servicio, en la que se especifiquen los elementos entregados, la referencia, marca, serial, modelo-en los casos que aplique-, la cantidad y el estado en que se reciben. PARÁGRAFO PRIMERO. La EAS serán responsables en los siguientes eventos: a). Cuando el hecho hubiere sobrevenido por culpa suya, inclusive levísima; b. Cuando por peligro del bien prestado o propio, haya preferido salvar el suyo; y c. cuando expresamente haya aceptado la responsabilidad del caso fortuito. PARÁGRAFO SEGUNDO. La falta de reporte de los bienes muebles devolutivos adquiridos como dotación en el marco del contrato de aporte, o su no devolución a la finalización del contrato, harán incurrir al Contratista en responsabilidad contractual, disciplinaria, fiscal y penal. 5) Baja de bienes muebles, se da cuando los elementos se encuentren totalmente inservibles o cuando existan bienes que contengan elementos o compuestos peligrosos, que si bien no generan problema durante su uso, pero se convierten en un peligro cuando se liberan al medio ambiente y que además presentan alto grado de deterioro, o que ya no son útiles para la entidad por estar en estado de inservibles, el supervisor de contrato deberá solicitar el inventario - responsable de almacén y en articulación con el CONTRATISTA clasificará el listado de bienes según su estado en deterioro, obsolescencia, inservibles o reubicación, (sólo aplica para los bienes devolutivos) y mediante correo electrónico lo remitirá al responsable de almacén para que realice las gestiones correspondientes. Para los bienes clasificados como de CONSUMO se levantará un acta firmada por e | **N/A** | CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br>SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega de inventario de elementos devolutivos restitución a la terminación del contrato- | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| **Cumplimiento de Obligaciones Legales del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)** | **fueron adquiridos en la ejecución de vigencias contractuales anteriores.** |
| **COMPONENTE LEGAL** | | | |
| 1) Mantener la licencia de funcionamiento vigente para el servicio objeto del presente contrato durante el plazo de ejecución. | **SI** | CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.Copiadela licenciade funcionamiento, Anexos en PDF.Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | El ICBF - Regional Huila realizo la verificación y aprobación en los requisitos de cumplimiento para el proceso de renovación de las licencias de funcionamiento a la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, es así que desde la fundación contamos con resolución de licencia de funcionamiento:<br><br>Modalidad Vulneración Resolución 221 del 29/04/2024<br>Modalidad Discapacidad Resolución 222 del 29/04/2024 |
| 2) Suscribir el acta de inicio del contrato. | **SI** | CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>*Acta de Suscripción de Contratos. Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | la fundación social yo te cuido cuenta con el acta de inicio del contrato la cual reposa en la carpeta del contrato debidamente suscrita el día 01 de abril del año 2024. |
| 3) Suscribir todas las actas que se produzcan con ocasión de la ejecución del contrato. | **SI** | Evidencias: Acta de inicio. Anexar en PDF todas las actas de las reuniones sostenidas durante el mes (sin importar su naturaleza) - Formato certificación<br>CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | La fundación social yo te cuido para el mes de mayo del años 2024, no se adjuntan actas suscritas con ocasión a la ejecución del contrato, por lo anterior se adjunta certificación emitida por la representante legal. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4) Cumplir con las obligaciones laborales que como empleador se puedan generar con relación al contrato suscrito: presentar mensualmente las certificaciones expedidas por el representante legal de la entidad o revisor fiscal, según corresponda, donde conste que la misma se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral, como: i) aportes parafiscales; ir) aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral; iii) el pago de sueldos u honorarios en los tiempos establecidos para tal fin, según la vinculación laboral (no se admiten mora en los pagos); iv) el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores; v) el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros. | **SI** | CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>*Planilla de Pago de Seguridad Social del mes de enero.<br>*Certificado del revisor fiscal y representante legal.<br>Modalidades: Vulneración y Discapacidad. | La fundación social yo te cuido anexa certificación de cumplimiento de pagos de las obligaciones laborales de pensión, salud y demás conceptos legales, firmado por la revisora fiscal con fecha de expedición del 01 de julio de 2024. |
| 5 Entregar de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios para atender requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador. | **si** | CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br><br>SOPORTE DOCUMENTAL:<br>*Certificado representante legal | Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, se realizo envió de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios; es de resaltar, que no se recibieron requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador. |
| **Cumplimiento de Obligaciones Financieras del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| **COMPONENTE FINANCIERO** | | | |
| 1) Presentar dentro del primer mes de ejecución del contrato el presupuesto de ingresos y gastos de acuerdo con los clasificadores de costo establecidos para la modalidad, para la revisión y aprobación por parte del Supervisor | SI | Presupuestos en formato ICBF. F7.G19.P. versión vigente, debidamente radicados con anexos y firmados por Representante Legal y Contador. Modalidades Vulneración y Discapacidad (primer informe de seguimiento) | Se anexa el presupuesto debidamente aprobado por el equipo técnico y el equipo de supervisión. |
| 2) Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al mes vencido los soportes correspondientes para la expedición del certificado de cumplimiento, acorde con la cláusula séptima | SI | CENTRO ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón.<br>Oficio radicado que se presenta la siguiente los siguientes documentos: los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los niños, niñas y adolescentes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de pago a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de pago al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de pago correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. (7) Cuenta de cobro o factura (según aplique). (8) Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique | *RELACION DE CUPOS ATENDIDOS EN EL MES<br>*CERTIFICADO DE CUPOS ATENDIDOS<br>*PLANILLAS DE CUPOS ATENDIDOS<br>*CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES |
| 3) Presentar informe al finalizar el contrato, el cual contenga como mínimo: registro de cupos contratados y efectivamente atendidos mensualmente, logros y dificultades y aportes recibidos y su utilización. | SI | Informe final de ejecución del contrato: Planillas de Usuarios (as) atendidos o sesiones realizas durante la vigencia del contrato o liquidación mensual del reporte SIM.<br>• Certificaciones de cupos atendidos o sesiones realizas firmada por la Coordinadora o Representante Legal.<br>• Informe donde se evidencie los logros y dificultades. | Para este periodo no se evidencia soportes por dichos conceptos.<br>*Se anexa planillas de cupos atendidos y costos fijos |
| 4) Estructurar la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas – PUC- según la directriz que defina el ICBF, con sus soportes debidamente organizados que identifiquen la implementación de las NIIF y de la información actualizada | SI | Certificación firmada por el contador donde indica que la información financiera esta fundamentada en la contabilización y registro de acuerdo al PUC establecido . Y Sistema Financiero Utilizado | La fundación, cumple con las normas de contabilidad requeridas, con su estructura financiera de acuerdo con el plan único de cuentas aceptadas e implementación de las NIIF, para lo cual dispone del software contable león, el cual genera movimiento contable conforme a la normatividad vigente y certifican que la contabilidad se maneja por centro de costos y certificación enviada con firma del representante legal, revisión fiscal y contador del periodo presentado. |
| 6) De conformidad con lo establecido en al artículo 2.2.1.2. 4..2.16 del Decreto 1860 de 2021, se deberá garantizar la provisión de bienes o servicios por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional, esta provisión se establece en un porcentaje del cinco por ciento (5%) de los bienes y servicios requeridos para la ejecución del contrato | SI | Certificado, y soportes contables y administrativos | Se realizó seguimiento financiero al operador de acuerdo a la información presentada según resumen de centros de costos por la totalidad del contrato y se encuentra conforme con la ejecución de gastos. se adjunta certificado del contador. |
| 7) Pagar oportunamente a los proveedores y presentar paz y salvo mensual o de acuerdo con su política de pago | SI | Certificado de cumplimiento de pago a proveedores - soportes de pago - transferencia electrónica. Y paz y salvo al finalizar el contrato | Certificado de cumplimiento de pago a proveedores |
| 8) Facilitar de manera oportuna e integral, libros de registro, archivos, actas, informes, expedientes y demás información financiera que le solicite el supervisor del contrato; esta información se debe suministrar completa en el lugar de ejecución del presente contrato y debe estar actualizada, de tal manera que permita verificar la ejecución del recurso de forma mensual, acorde con lo establecido en los documentos y sus respectivos clasificadores de costo según aplique para la modalidad. 9) Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de presupuesto, ingresos y gastos.. | SI | • Formato de seguimiento financiero versión vigente. Oficios radicados de solicitud y aprobación de los traslados de rubros presupuestales con la respectiva justificación y/o Certificación | se anexan evidencias a la entrega del formato de seguimiento financiero vigente, soportes contables, talento humano, consolidado de las planillas de liquidación. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9) Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de presupuesto, ingresos y gastos.. | SI | • Formato de seguimiento financiero versión vigente. y soportes contables del mismo, que evidencien que evidencien los pagos de las obligaciones adquiridas por el operador en los tiempos que se hayan pactado para ello. -Comprobante de transferencia, certificación del Revisor fiscal y facturas del mes | Para este periodo no se evidencia soportes por dichos conceptos |
| 10) Ejecutar durante la vigencia del contrato los recursos asignados. No se podrán realizar compras con cargo a los recursos del contrato para ejecutar fuera del plazo contractual. Se debe llevar un control que identifique la compra, entrega y saldos de los bienes adquiridos con recursos del contrato de aporte. | SI | • Formato de seguimiento financiero versión vigente. y soportes contables del mismo, que evidencien que evidencien los pagos de las obligaciones adquiridas por el operador en los tiempos que se hayan pactado para ello. -Comprobante de transferencia, certificación del Revisor fiscal y facturas del mes | Certificado de ejecución del contrato durante su vigencia |
| 11) Realizar en los tiempos acordados o establecidos para ello, el pago de las obligaciones adquiridas por parte del contratista, sin condicionar estos a la entrega de los recursos aportados por el ICBF del contrato de aporte | SI | Certificación firmado por el Contador y/o Revisor Fiscal- que se cumple con todas las obligaciones inherentes a la ejecución del contrato | Certificado del pago de las obligaciones adquiridas para la ejecución del contrato |
| 12) Llevar la contabilidad por centro de costos, de los recursos que le corresponde ejecutar del contrato, en la cual se identifique la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual, debidamente avalada por el contador, sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF | SI | Certificación firmado por el Contador y/o Revisor Fiscal-Libros auxiliar por centro de costos | Certificado donde se especifica que la fundación certifica que lleva la contabilidad por centro de costos, de los recursos que le corresponde ejecutar del contrato, en la cual se identifica la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual, debidamente avalada por el contador, sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF y se lleva mediante el sistema contable parametrizado en software contable león |
| 13) Reintegrar los recursos aportados, no ejecutados, ejecutados de forma indebida o que se utilicen en gastos diferentes a los reconocidos dentro de los clasificadores del costo aprobados para la modalidad, de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta el ICBF. Remitir al supervisor del contrato, dentro de los tres (3) días siguientes a la consignación, copia del documento donde conste la operación que, por concepto de reintegros, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón la ejecución del contrato. El contratista puede autorizar que el ICBF descuente del saldo a favor, el valor correspondiente al reintegro que se llegase a causar. En el caso en que el contratista no reintegre o autorice el descuento del recurso, el supervisor de contrato puede descontar dicho recurso del saldo a favor antes de la terminación del contrato. PARÁGRAFO: Las consignaciones a que hace referencia esta obligación deben realizarse únicamente en la cuenta informada por escrito por el supervisor del contrato. | SI | Consignación, copia del documento donde conste la operación que, por concepto de reintegros, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón la ejecución del contrato | Para este periodo no se evidencia soportes de ingresos por dichos conceptos. |
| 13) Presentar la información contable al supervisor y llevar cuenta bancaria de ahorros exclusiva para el contrato y en el caso que aplique y sea notificado por el supervisor debe tener cuenta maestra para el manejo de los recursos destinados para el presente contrato de conformidad con lo establecido en la Resolución 1400 del 24 de febrero de 2020 modificada por las Resoluciones 8300 de 2021 y 3944 de 2022 | SI | Evidencias: 1) Extractos de cuenta corriente del contrato<br>2) Certificación cuenta bancario destinada para uso exclusivo del contrato<br>3) Libro auxiliar de la cuenta de bancos<br>4) Conciliación bancaria | Certificado cuenta maestra. |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL** | | | |
| 1. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes | **SI** | Informe mensual sobre la prestación del servicio: Relación de datos de puntos de entrega y de cambio de puntos cuando haya lugar.<br><br>Al inicio del contrato y mensual | APLICA PARA EL MUNICIPIO DE GARZON, LA FUNDACION REALIZA EL ADECUADO ALMACENAMIENTO HACIENDO EL USO ADECUADO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POS ICBF PARA LA RESPECTIVA ENTREGA A LOS USAURIOS. |
| 2. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato, y suministro de la alimentación a las niñas, niños y adolescentes beneficiarios para la Modalidad de atención, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso, se podrá donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF. | **SI** | Informe mensual sobre la prestación del servicio<br><br>Mensual | INFORME MENSUAL DE BIENESTARINA |
| 3. Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservación | **SI** | Informe mensual sobre la prestación del servicio<br><br>Informe mensual de visitas de la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimento de Alto valor Nutricional<br><br>Anexo No. 57. Instrumento de seguimiento al cumplimiento de condiciones para la recepción, almacenamiento y control de Alimentos de Alto Valor Nutricional en punto de entrega. | Para el presente periodo no se recibio ni se realizo entrega de bienestarina en ninguno de los municipios. |
| 4. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes | **SI** | Informe mensual sobre la prestación del servicio | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 5. Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro | **SI** | Acta y/o planilla de entrega. Mensual | Para el presente periodo no se recibio ni se realizo entrega de bienestarina en ninguno de los municipios. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6. Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega. | **SI** | Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional | Para el presente periodo no se recibio ni se realizo entrega de bienestarina en ninguno de los municipios. |
| 7.Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN | **N/A** | Informe mensual sobre la prestación del servicio | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 8.Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional. | **SI** | Comunicación de solicitud de asesoría y respuesta de la regional - mensual. | El dia 21 de mayo del 2024 se recibio asistencia tecnica frente al manejo y cuidado de los alimementos de alto valor nutricional por parte de la regional. |
| 9. Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF. | **SI** | Actas o comunicaciones escritas sobre la gestión de la promoción del control social | ACTA DE PROMOCION PARA EL MANEJO ADECUADO Y BUEN USO DE LA BIENESTARINA |
| 10. Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF. | **N/A** | Requerimientos realizados y respuesta por parte del contratista | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 11. Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional. | **N/A** | Relación de cantidades de alimentos y recibo de consignación | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 12. Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría. | **N/A** | Acta de visita | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 13. Al finalizar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF. | **N/A** | Informe mensual sobre la prestación del servicio | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
Representante Legal

# ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

La fundación Social Yo Te Cuido, es una fundación que vela por mantener activos los procesos de cualificación y mejoramiento continuo de cada uno de sus programas y proyectos, así como velar por la satisfacción de cada uno de las personas y familias que desarrollan una labor social; por lo anterior, la fundación se ha propuesta implementar ejercicios de mejoramiento a parir de los conceptos y percepción de las madres sustitutas y así trazar indicadores de calidad.

Las invitamos a desarrollar la siguiente encuesta , donde su opinión es importante para nosotros:

Correo *

legomez1993@hotmail.com

Fecha

DD MM AAAA

28 / 06 / 2024

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**




NOMBRE Y APELLIDOS

Leidy constanza gomez

CENTRO ZONAL

- (●) LA PLATA
- ( ) GARZON
- ( ) PITALITO

LOS PROFESIONALES DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO BRINDAN UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

HA RECIBIDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE APOYO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL OPERADOR.

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR EL EQUIPO PSICOSOCIAL DEL OPERADOR SON CLARAS Y OPORTUNAS

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

LAS SUGERENCIAS , QUEJAS , RECLAMOS O FELICITACIONES HA SIDO CONTESTADAS ?

- (●) SI
- ( ) NO

HA SIDO SOCIALIZADO EL PACTO DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO ÉTICO.?

- (●) SI
- ( ) NO

EL EQUIPO PSICOSOCIAL REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO A LA UNIDAD DE SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- (●) EXCELENTE
- ( ) BUENO
- ( ) REGULAR

INDÍQUENOS LA NOTA GLOBAL QUE LE DARÍA A LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO , 10 MÁXIMA NOTA ..

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (●) |

(●) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

# ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

La fundación Social Yo Te Cuido, es una fundación que vela por mantener activos los procesos de cualificación y mejoramiento continuo de cada uno de sus programas y proyectos, así como velar por la satisfacción de cada uno de las personas y familias que desarrollan una labor social; por lo anterior, la fundación se ha propuesta implementar ejercicios de mejoramiento a parir de los conceptos y percepción de las madres sustitutas y así trazar indicadores de calidad.

Las invitamos a desarrollar la siguiente encuesta , donde su opinión es importante para nosotros:

Correo *

amvalencial@hotmail.com

Fecha

DD MM AAAA

28 / 06 / 2024

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**




NOMBRE Y APELLIDOS

Ana Milena Valencia Losada

CENTRO ZONAL

- (●) LA PLATA
- ( ) GARZON
- ( ) PITALITO

LOS PROFESIONALES DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO BRINDAN UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

HA RECIBIDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE APOYO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL OPERADOR.

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR EL EQUIPO PSICOSOCIAL DEL OPERADOR SON CLARAS Y OPORTUNAS

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

LAS SUGERENCIAS , QUEJAS , RECLAMOS O FELICITACIONES HA SIDO CONTESTADAS ?

- (●) SI
- ( ) NO

HA SIDO SOCIALIZADO EL PACTO DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO ÉTICO.?

- (●) SI
- ( ) NO

EL EQUIPO PSICOSOCIAL REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO A LA UNIDAD DE SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- (●) EXCELENTE
- ( ) BUENO
- ( ) REGULAR

INDÍQUENOS LA NOTA GLOBAL QUE LE DARÍA A LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO , 10 MÁXIMA NOTA ..

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (●) |

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 5** | |
|---|---|
| **Hora: 8:00 am** | **Fecha: 03 de JUNIO de 2024** |
| **Lugar:** | Sede administrativa Neiva – Huila |
| **Dependencia que Convoca:** | Fundación Social Yo te Cuido |
| **Proceso:** | Hogar Sustituto Vulneración y Discapacidad |
| **Objetivo:** | *Realizar jornada de capacitacion a personal nuevo contrato para el cargo de auxiliar administrativa en el municipio de la Plata.* |

**Agenda**:

1. Saludo

Se da inicio a la jornada de capacitación con un saludo por parte los coordinadores de la mododalidad, los porfesionales Yudy Alejandra Barragan y Fabian Andres Lamilla Galvis, quienes agradecen a la profesional por la participacion activa; de igual forma añade la importancia del compromiso para con la modalidad y la fundación lo anterior para garantizar la calidad del Servio y la atención a los niños, niñas y adolescentes.

**Desarrollo:** Siendo las 8:30 am, del día 03 de junio del 2024 Se da inicio a la jornada, agradeciendo a la funcionaria por hacer porte de la fundacion y se inicia dando unas orientaciones generales, frente a la modalidad, los lineamientos de ICBF, la propuesta de implementacion y cualificacion PIYC, dado que aunque ella no va a realziara atenciones si es la encargada de recepcionar toda la informacion y garantizar que esta sea de calidad, acorde a lo establecido por el servicio

PÚBLICA

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

### a. PORTADA

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

## C. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION

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



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

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

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

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

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

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




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

D. PROPUESTA DE CUALIFICACION

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

Frente a los anterior, se explico que esto era importante frente a la claridad que se debia tener al momento de que el equipo psicosocial, madres sustitutas y demas profesionales hicieran entrega de la informacion corespondient.

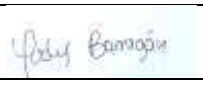
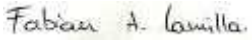
A continuación, se realiza la socialización y firma de del código ético de la modalidad y manual interno de trabajo, documentos que fueron socializados y que brindan las orientaciones frente a los derechos y deberes que como profesionales de la modalidad de acogimiento familiar debemos realizar.

**Decisiones:**

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

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

**FIRMA ASISTENTES**

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

PUBLICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | te cuido | |
| **Próxima reunión** *(en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)* | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | N/A | N/A | N/A |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Fabian Andres Lamilla Galvis | | |

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

PÚBLICA

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *5* | |
|---|---|
| **Hora:** *10:00 Am* | **Fecha:** *07 de junio de 2024* |
| **Lugar:** | *Sede Fundación Social Yo Te Cuido* |
| **Dependencia que Convoca:** | **Operador Yo Te Cuido** |
| **Proceso:** | *Apertura de Buzón* |
| **Objetivo:** | *Revisar las peticiones quejas reclamo sugerencias y denuncias entregadas por las madres sustituta y/o talento humano a través del buzón de sugerencias de la Fundación Social Yo te Cuido modalidad hogar sustituto sede Garzón de información antes relacionada para proceder en su trámite dando una oportunidad respuesta en los términos establecidos de la normatividad vigente.* |

## DESARROLLO:

Siendo las 11:00 AM horas del día 07 del mes de junio del año 2024, con la presencia de los profesionales: LAURA ALEJANDRA SOTO, KAREN YESENIA ALVAREZ, JESSICA LORENA GARZON y con presencia de la representante de las madres sustitutas la señora SANDRA PAOLA CALDERON se procedió a dar apertura al "**BUZON DE SUGERENCIAS**" de la Fundación Social Yo Te cuido, en presencia de los asistentes se ha verificado que no existe ninguna violación del candado y seguridad instalada en la cerradura del mismo, por lo anterior, se inicia al cumplimiento del siguiente orden del día:

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

## OBSERVACIONES:

La apertura de buzón se realiza satisfactoriamente, no se observan peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias hasta la fecha, no obstante, se evidencia por parte de la Madre Sustituta Clara Ines Rojas, una observación de felicitaciones para el equipo Interdisciplinario de la Fundación Social Yo Te Cuido (Se anexa formato).

De igual manera se mantendrán abiertas las líneas de comunicación y se estará preparados para abordar cualquier inquietud que pueda surgir, la cual sea fundamental para garantizar la calidad y la eficacia de los servicios proporcionados por la Fundación Yo Te Cuido en la modalidad de Hogar Sustituto en la sede Garzón.

La Fundación Yo Te Cuido gestionara de manera efectiva las solicitudes recibidas a través del buzón de sugerencias, garantizando una respuesta oportuna y adecuada a las necesidades y preocupaciones planteadas por las madres sustitutas y el talento humano.



Scanned with ACE Scanner

**REGISTRO FOTOGRAFICO:**







*Evidencia fotográfica de apertura de buzón del día 07 de junio de 2024, por parte de la fundación social Yo Te Cuido, junto a la madre sustituta Sandra Milena Calderón.*



Scanned with ACE Scanner

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Laura Fernanda Cortes Soto | Psicologa | F.S. Yo te cuido | Laura Fernanda Cortes |
| Karen Yesenia Alvarez C. | Trabajadora Social | F.S Yo te Cuido | Karen Yesenia Alvarez |
| JESSICA CARDON | N Gestora Caso. | F.S Yo te Cuido | |
| Sandra Calderón | M.S | F.S Yo te Cuido | Sandra Calderón |

| | Fecha | Hora | Lugar |
|---|---|---|---|
| **Próxima reunión:** | 21-Junio-2024 | 11:00 am | Sede. Administrativa |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Karen Yesenia Alvarez | | |



Scanned with ACE Scanner

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

# FORMATOS

## FORMATO DE PETICIONES

**DATOS GENERALES**

Fecha: Dia 30 Mes 05 Año 2024

Nombre Del Usuario: Clara Inés Rojas Identificación: 55058747

Dirección: Cra 1 b # 3 bis 25 Teléfono: 3214287301

Seleccione con una **X** el tipo de petición a presentar:

QUEJA ( ) RECLAMO ( ) PETICION ( ) SUGERENCIA ( ) FELICITACIONES (X)

Motivo de la PQRS:

Atención al usuario: _____ Calidad del servicio: _____

Instalaciones: _____ Tiempos de atención: _____ Otro: _____

**DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN**

este presente documento es para felicitar en en equipo de la fundacion: yo te cuido. por esta labor que realizan, con mucho esfuerzo pero ante todo con amor y entrega. pues de mi parte y x muchos comentario que he escuchado estamos contentas, es de aclarar que falta cosas por mejorar pero estoy seguro que lo lograremos

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO (OPCIONAL)**

Clara Inés Rojas.

FIRMA DEL USUARIO

Scanned with ACE Scanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 17 Junio 2024 HORA: 2:00 pm

LUGAR: Fundación Social Yo te cuido TEMA: Como Gestionar el diagnostico medico

DATOS DEL CAPACITADOR: Jesica Garzon Gestora de caso

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 17 - Junio - 2024. | HORA: 2:00 pm |
| LUGAR: Sede Administrativa. | TEMA: Diagnostico medico. |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Jessica Garzon | |

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

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

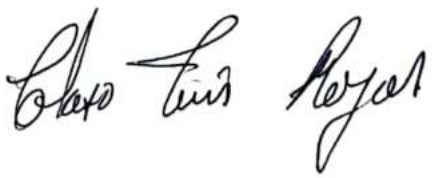
Powered by CamScanner

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

| | |
|---|---|
| FECHA: 17-Junio-2024 | HORA: 2:00 pm. |
| LUGAR: Sede Administrativa. | TEMA: Diagnostico Medico. |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Yessica Cuzon | |

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

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



Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 17 Junio 2024 | HORA: 2:00pm. |
| LUGAR: Sede Administrativa | TEMA: Diagnostico Medico |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Jessica Cairzon | |

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

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

Alicia Manuel Cabrera V.

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION 01/08/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 17 - Junio 2024. HORA: 2:00 pm.

LUGAR: Sede Administrativa TEMA: Diagnostico Medico.

DATOS DEL CAPACITADOR: Jessica Garzon

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

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

Rosa Teresa Castillo

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 17 Junio - 2024 | HORA: 2:00 PM. |
| LUGAR: Sede Administrativa. | TEMA: Diagnostico medico |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Jessica Garzon | |

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

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

Vianny Gelvez
1122822966

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 17-Junio-2024 | HORA: 2:00Pm. |
| LUGAR: SEDE ADMINISTRATIVA. | TEMA: Como Gestionar el diagno |
| DATOS DEL CAPACITADOR: JESSICA GARZON | stico medico |

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

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

Olga Lucia

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 17 - Junio - 2024 | HORA: 2:00 PM. |
| LUGAR: SEDE ADMINISTRATIVA. | TEMA: DIAGNOSTICO MEDICO |
| DATOS DEL CAPACITADOR: JESSICA GARZON | |

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

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

Mejoramiento

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: junio 22-24 | HORA: 2:00 p.m. |
| LUGAR: Fundacion social yo te cuido | TEMA: como Gestionar el diagnostico Medico |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Jessika Corrón | |

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

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

Powered by CamScanner

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°01** | | |
|---|---|---|
| **Hora: 5:00 PM** | | **Fecha: 07/06/2024** |
| **Lugar:** | **Calle 1ª número 5-52 Barrio Trinidad; Pitalito Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".** | |
| **Dependencia que Convoca:** | **COORDINADOR -EQUIPO INTERDISCIPLINARIO** | |
| **Proceso:** | **MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS** | |
| **Objetivo:** | **Realizar apertura "BUZÓN DE SUGERENCIAS"** | |

**Agenda**:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- 2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- 3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

**Desarrollo:**

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

Siendo evaluado el servicio de esta manera de forma:

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

Finalmente se da por terminado el espacio de apertura.

**Decisiones:**

- Continuar realizando la acción como lo contempla el servicio

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

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

**Registro Fotográfico:**

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.





| **Compromisos** | **Tareas Responsables** | | **Fechas** |
|---|---|---|---|
| Continuar reforzando estos espacios de servicio. | Gestora de caso y equipo interdisciplinario | | Durante la ejecución del contrato |
| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| LINA MARIA SUAREZ LLANOS | PSICOLOGA.GESTOR DE CASO | YO TE CUIDO | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | 21/06/2024 | 4:00 PM | OFICINA PITALITO |

PÚBLICA

# ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

La fundación Social Yo Te Cuido, es una fundación que vela por mantener activos los procesos de cualificación y mejoramiento continuo de cada uno de sus programas y proyectos, así como velar por la satisfacción de cada uno de las personas y familias que desarrollan una labor social; por lo anterior, la fundación se ha propuesta implementar ejercicios de mejoramiento a parir de los conceptos y percepción de las madres sustitutas y así trazar indicadores de calidad.

Las invitamos a desarrollar la siguiente encuesta , donde su opinión es importante para nosotros:

Correo *

dayanita.0512@hotmail.com

Fecha

DD MM AAAA

28 / 06 / 2024

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**




NOMBRE Y APELLIDOS

Dayana caterin Diaz rodrigues

CENTRO ZONAL

- (●) LA PLATA
- ( ) GARZON
- ( ) PITALITO

LOS PROFESIONALES DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO BRINDAN UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

HA RECIBIDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE APOYO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL OPERADOR.

- ( ) SIEMPRE
- (●) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR EL EQUIPO PSICOSOCIAL DEL OPERADOR SON CLARAS Y OPORTUNAS

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

LAS SUGERENCIAS , QUEJAS , RECLAMOS O FELICITACIONES HA SIDO CONTESTADAS ?

- (●) SI
- ( ) NO

HA SIDO SOCIALIZADO EL PACTO DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO ÉTICO.?

- (●) SI
- ( ) NO

EL EQUIPO PSICOSOCIAL REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO A LA UNIDAD DE SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- (●) EXCELENTE
- ( ) BUENO
- ( ) REGULAR

INDÍQUENOS LA NOTA GLOBAL QUE LE DARÍA A LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO , 10 MÁXIMA NOTA ..

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (●) | ( ) |

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

# ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

La fundación Social Yo Te Cuido, es una fundación que vela por mantener activos los procesos de cualificación y mejoramiento continuo de cada uno de sus programas y proyectos, así como velar por la satisfacción de cada uno de las personas y familias que desarrollan una labor social; por lo anterior, la fundación se ha propuesta implementar ejercicios de mejoramiento a parir de los conceptos y percepción de las madres sustitutas y así trazar indicadores de calidad.

Las invitamos a desarrollar la siguiente encuesta , donde su opinión es importante para nosotros:

Correo *

m.chimbaco@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

28 / 06 / 2024

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**




NOMBRE Y APELLIDOS

Mireya chimbaco

CENTRO ZONAL

- (●) LA PLATA
- ( ) GARZON
- ( ) PITALITO

LOS PROFESIONALES DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO BRINDAN UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

HA RECIBIDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE APOYO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL OPERADOR.

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR EL EQUIPO PSICOSOCIAL DEL OPERADOR SON CLARAS Y OPORTUNAS

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

LAS SUGERENCIAS , QUEJAS , RECLAMOS O FELICITACIONES HA SIDO CONTESTADAS ?

- (●) SI
- ( ) NO

HA SIDO SOCIALIZADO EL PACTO DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO ÉTICO.?

- (●) SI
- ( ) NO

EL EQUIPO PSICOSOCIAL REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO A LA UNIDAD DE SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- (●) EXCELENTE
- ( ) BUENO
- ( ) REGULAR

INDÍQUENOS LA NOTA GLOBAL QUE LE DARÍA A LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO , 10 MÁXIMA NOTA ..

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (●) |

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

# ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

La fundación Social Yo Te Cuido, es una fundación que vela por mantener activos los procesos de cualificación y mejoramiento continuo de cada uno de sus programas y proyectos, así como velar por la satisfacción de cada uno de las personas y familias que desarrollan una labor social; por lo anterior, la fundación se ha propuesta implementar ejercicios de mejoramiento a parir de los conceptos y percepción de las madres sustitutas y así trazar indicadores de calidad.

Las invitamos a desarrollar la siguiente encuesta , donde su opinión es importante para nosotros:

Correo *

francynieto56@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

28 / 06 / 2024

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**




NOMBRE Y APELLIDOS

Francy nieto

CENTRO ZONAL

- (●) LA PLATA
- ( ) GARZON
- ( ) PITALITO

LOS PROFESIONALES DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO BRINDAN UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

HA RECIBIDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE APOYO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL OPERADOR.

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR EL EQUIPO PSICOSOCIAL DEL OPERADOR SON CLARAS Y OPORTUNAS

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- ( ) SI
- (●) NO

LAS SUGERENCIAS , QUEJAS , RECLAMOS O FELICITACIONES HA SIDO CONTESTADAS ?

- ( ) SI
- (●) NO

HA SIDO SOCIALIZADO EL PACTO DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO ÉTICO.?

- (●) SI
- ( ) NO

EL EQUIPO PSICOSOCIAL REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO A LA UNIDAD DE SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- (●) EXCELENTE
- ( ) BUENO
- ( ) REGULAR

INDÍQUENOS LA NOTA GLOBAL QUE LE DARÍA A LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO , 10 MÁXIMA NOTA ..

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (●) |

(●) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

# ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

La fundación Social Yo Te Cuido, es una fundación que vela por mantener activos los procesos de cualificación y mejoramiento continuo de cada uno de sus programas y proyectos, así como velar por la satisfacción de cada uno de las personas y familias que desarrollan una labor social; por lo anterior, la fundación se ha propuesta implementar ejercicios de mejoramiento a parir de los conceptos y percepción de las madres sustitutas y así trazar indicadores de calidad.

Las invitamos a desarrollar la siguiente encuesta , donde su opinión es importante para nosotros:

Correo *

eyolimasanchez@gmail.con

Fecha

DD MM AAAA

28 / 06 / 2024

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**




NOMBRE Y APELLIDOS

Elvia yolima sanchez

CENTRO ZONAL

- (●) LA PLATA
- ( ) GARZON
- ( ) PITALITO

LOS PROFESIONALES DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO BRINDAN UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

HA RECIBIDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE APOYO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL OPERADOR.

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR EL EQUIPO PSICOSOCIAL DEL OPERADOR SON CLARAS Y OPORTUNAS

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- ( ) SI
- (●) NO

LAS SUGERENCIAS , QUEJAS , RECLAMOS O FELICITACIONES HA SIDO CONTESTADAS ?

- ( ) SI
- (●) NO

HA SIDO SOCIALIZADO EL PACTO DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO ÉTICO.?

- (●) SI
- ( ) NO

EL EQUIPO PSICOSOCIAL REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO A LA UNIDAD DE SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- (●) EXCELENTE
- ( ) BUENO
- ( ) REGULAR

INDÍQUENOS LA NOTA GLOBAL QUE LE DARÍA A LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO , 10 MÁXIMA NOTA ..

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (●) |

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

# ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

La fundación Social Yo Te Cuido, es una fundación que vela por mantener activos los procesos de cualificación y mejoramiento continuo de cada uno de sus programas y proyectos, así como velar por la satisfacción de cada uno de las personas y familias que desarrollan una labor social; por lo anterior, la fundación se ha propuesta implementar ejercicios de mejoramiento a parir de los conceptos y percepción de las madres sustitutas y así trazar indicadores de calidad.

Las invitamos a desarrollar la siguiente encuesta , donde su opinión es importante para nosotros:

Correo *

disneygarcia2017@hotmail.com

Fecha

DD MM AAAA

28 / 06 / 2024

## FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO




NOMBRE Y APELLIDOS

Disney garcia

CENTRO ZONAL

- (●) LA PLATA
- ( ) GARZON
- ( ) PITALITO

LOS PROFESIONALES DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO BRINDAN UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

HA RECIBIDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE APOYO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL OPERADOR.

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR EL EQUIPO PSICOSOCIAL DEL OPERADOR SON CLARAS Y OPORTUNAS

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

LAS SUGERENCIAS , QUEJAS , RECLAMOS O FELICITACIONES HA SIDO CONTESTADAS ?

- ( ) SI
- (●) NO

HA SIDO SOCIALIZADO EL PACTO DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO ÉTICO.?

- (●) SI
- ( ) NO

EL EQUIPO PSICOSOCIAL REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO A LA UNIDAD DE SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- ( ) EXCELENTE
- (●) BUENO
- ( ) REGULAR

INDÍQUENOS LA NOTA GLOBAL QUE LE DARÍA A LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO , 10 MÁXIMA NOTA ..

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (●) | ( ) | ( ) |

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

# ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

La fundación Social Yo Te Cuido, es una fundación que vela por mantener activos los procesos de cualificación y mejoramiento continuo de cada uno de sus programas y proyectos, así como velar por la satisfacción de cada uno de las personas y familias que desarrollan una labor social; por lo anterior, la fundación se ha propuesta implementar ejercicios de mejoramiento a parir de los conceptos y percepción de las madres sustitutas y así trazar indicadores de calidad.

Las invitamos a desarrollar la siguiente encuesta , donde su opinión es importante para nosotros:

Correo *

olgasolorzano0512@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

28 / 06 / 2024

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**




NOMBRE Y APELLIDOS

Olga Beatriz Solorzano Cardoso

CENTRO ZONAL

- (●) LA PLATA
- ( ) GARZON
- ( ) PITALITO

LOS PROFESIONALES DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO BRINDAN UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

HA RECIBIDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE APOYO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL OPERADOR.

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR EL EQUIPO PSICOSOCIAL DEL OPERADOR SON CLARAS Y OPORTUNAS

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

LAS SUGERENCIAS , QUEJAS , RECLAMOS O FELICITACIONES HA SIDO CONTESTADAS ?

- (●) SI
- ( ) NO

HA SIDO SOCIALIZADO EL PACTO DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO ÉTICO.?

- (●) SI
- ( ) NO

EL EQUIPO PSICOSOCIAL REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO A LA UNIDAD DE SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- ( ) EXCELENTE
- (●) BUENO
- ( ) REGULAR

INDÍQUENOS LA NOTA GLOBAL QUE LE DARÍA A LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO , 10 MÁXIMA NOTA ..

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (●) | ( ) | ( ) |

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

# ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

La fundación Social Yo Te Cuido, es una fundación que vela por mantener activos los procesos de cualificación y mejoramiento continuo de cada uno de sus programas y proyectos, así como velar por la satisfacción de cada uno de las personas y familias que desarrollan una labor social; por lo anterior, la fundación se ha propuesta implementar ejercicios de mejoramiento a parir de los conceptos y percepción de las madres sustitutas y así trazar indicadores de calidad.

Las invitamos a desarrollar la siguiente encuesta , donde su opinión es importante para nosotros:

Correo *

Yohita2884@hotmail.com

Fecha

DD MM AAAA

28 / 06 / 2024

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**




NOMBRE Y APELLIDOS

Yohaira Arandia M

CENTRO ZONAL

- (●) LA PLATA
- ( ) GARZON
- ( ) PITALITO

LOS PROFESIONALES DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO BRINDAN UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

HA RECIBIDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE APOYO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL OPERADOR.

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR EL EQUIPO PSICOSOCIAL DEL OPERADOR SON CLARAS Y OPORTUNAS

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

LAS SUGERENCIAS , QUEJAS , RECLAMOS O FELICITACIONES HA SIDO CONTESTADAS ?

- (●) SI
- ( ) NO

HA SIDO SOCIALIZADO EL PACTO DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO ÉTICO.?

- (●) SI
- ( ) NO

EL EQUIPO PSICOSOCIAL REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO A LA UNIDAD DE SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- (●) EXCELENTE
- ( ) BUENO
- ( ) REGULAR

INDÍQUENOS LA NOTA GLOBAL QUE LE DARÍA A LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO , 10 MÁXIMA NOTA ..

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (●) |

- (●) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

# ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

La fundación Social Yo Te Cuido, es una fundación que vela por mantener activos los procesos de cualificación y mejoramiento continuo de cada uno de sus programas y proyectos, así como velar por la satisfacción de cada uno de las personas y familias que desarrollan una labor social; por lo anterior, la fundación se ha propuesta implementar ejercicios de mejoramiento a parir de los conceptos y percepción de las madres sustitutas y así trazar indicadores de calidad.

Las invitamos a desarrollar la siguiente encuesta , donde su opinión es importante para nosotros:

Correo *

rosalbaserrato421@gimail.com

Fecha

DD MM AAAA

23 / 06 / 2024

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**




NOMBRE Y APELLIDOS

Rosalba Serrato Vargas

CENTRO ZONAL

- (●) LA PLATA
- ( ) GARZON
- ( ) PITALITO

LOS PROFESIONALES DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO BRINDAN UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

HA RECIBIDO RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE APOYO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO DEL OPERADOR.

- (●) SIEMPRE
- ( ) CASI SIEMPRE
- ( ) ALGUNAS VECES
- ( ) NUNCA

LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR EL EQUIPO PSICOSOCIAL DEL OPERADOR SON CLARAS Y OPORTUNAS

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

LAS SUGERENCIAS , QUEJAS , RECLAMOS O FELICITACIONES HA SIDO CONTESTADAS ?

- (●) SI
- ( ) NO

HA SIDO SOCIALIZADO EL PACTO DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO ÉTICO.?

- (●) SI
- ( ) NO

EL EQUIPO PSICOSOCIAL REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO A LA UNIDAD DE SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- (●) EXCELENTE
- ( ) BUENO
- ( ) REGULAR

INDÍQUENOS LA NOTA GLOBAL QUE LE DARÍA A LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO , 10 MÁXIMA NOTA ..

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (●) |

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION ADOLESCENTES Y JOVENES (12 - 18 AÑOS) | VERSIÓN 1 FSYTC-022- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022 |

| | |
|---|---|
| FECHA: | 21-06-2024 |
| NOMBRE DEL USUARIO: | Juan carlos paz |

Responda al enunciado de acuerdo a nivel de satisfacción,

| N° | ENUNCIADO | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | NUNCA | NO SABE/ NO RESPONDE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | En la fundación Yo te Cuido existen espacios de escucha, los cuales le permiten expresar su opinion. | | | | |
| 2 | El equipo de profesionales lo acompaña y apoya en los procesos de atención de la modalidad de manera asertiva. | | | | |
| 3 | Los pactos de convivencia, deberes y normas son establecidos, recordados y aplicados en el desarrollo de las sesiones de la modalidad a la que pertenece. | | | | |
| 4 | Participa activamente en las actividades programadas por la modalidad a la que pertenece. | | | | |
| 5 | Recibe buena atención por los profesionales de la fundación. | | | | |
| 6 | Desarrollas actividades de ludica y juego durante la ubicación en la modalidad Hogar Sustituto. | | | | |
| 7 | La fundacion social yo te cuido ha entregado la dotacion de aseo y personal. | | | | |
| 8 | Las madres de hogar Sustituto entregan alimentacion valanceadad en los cinco horarios estipulados. | | | | |
| 9 | Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado. | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION ADOLESCENTES Y JOVENES (12 - 18 AÑOS) | VERSIÓN 1 FSYTC-022- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |

| | |
|---|---|
| FECHA: | 27-06-2024 |
| NOMBRE DEL USUARIO: | Adriana Salazar |

Responda al enunciado de acuerdo a nivel de satisfacción,

| N° | ENUNCIADO | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | NUNCA | NO SABE/ NO RESPONDE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | En la fundación Yo te Cuido existen espacios de escucha, los cuales le permiten expresar su opinion. | | X | | |
| 2 | El equipo de profesionales lo acompaña y apoya en los procesos de atención de la modalidad de manera asertiva. | X | | | |
| 3 | Los pactos de convivencia, deberes y normas son establecidos, recordados y aplicados en el desarrollo de las sesiones de la modalidad a la que pertenece. | | X | | |
| 4 | Participa activamente en las actividades programadas por la modalidad a la que pertenece. | X | | | |
| 5 | Recibe buena atención por los profesionales de la fundación. | X | | | |
| 6 | Desarrollas actividades de ludica y juego durante la ubicación en la modalidad Hogar Sustituto. | | X | | |
| 7 | La fundacion social yo te cuido ha entregado la dotacion de aseo y personal. | | X | | |
| 8 | Las madres de hogar Sustituto entregan alimentacion valanceadad en los cinco horarios estipulados. | | X | | |
| 9 | Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado. | | X | | |

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

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

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, no presenta soportes por dichos conceptos según clausula tercera (3) del eje de Calidad "3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio.", dado que a la fecha no se han recibido ninguna solicitud al respecto.

Neiva – 05 de julio del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION ADOLESCENTES Y JOVENES (12 - 18 AÑOS) | VERSIÓN 1 FSYTC-022- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |

FECHA: 21-06-2024

NOMBRE DEL USUARIO: Cristian acosta

Responda al enunciado de acuerdo a nivel de satisfacción,

| N° | ENUNCIADO | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | NUNCA | NO SABE/ NO RESPONDE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | En la fundación Yo te Cuido existen espacios de escucha, los cuales le permiten expresar su opinion. | X | | | |
| 2 | El equipo de profesionales lo acompaña y apoya en los procesos de atención de la modalidad de manera asertiva. | X | | | |
| 3 | Los pactos de convivencia, deberes y normas son establecidos, recordados y aplicados en el desarrollo de las sesiones de la modalidad a la que pertenece. | X | | | |
| 4 | Participa activamente en las actividades programadas por la modalidad a la que pertenece. | X | | | |
| 5 | Recibe buena atención por los profesionales de la fundación. | X | | | |
| 6 | Desarrollas actividades de ludica y juego durante la ubicación en la modalidad Hogar Sustituto. | X | | | |
| 7 | La fundacion social yo te cuido ha entregado la dotacion de aseo y personal. | X | | | |
| 8 | Las madres de hogar Sustituto entregan alimentacion valanceadad en los cinco horarios estipulados. | X | | | |
| 9 | Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado. | X | | | |

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION ADOLESCENTES Y JOVENES (12 - 18 AÑOS) | VERSIÓN 1 FSYTC-022- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |

| | |
|---|---|
| FECHA: | 14-06-2024 |
| NOMBRE DEL USUARIO: | Cristian Vargas |

Responda al enunciado de acuerdo a nivel de satisfacción,

| N° | ENUNCIADO | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | NUNCA | NO SABE/ NO RESPONDE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | En la fundación Yo te Cuido existen espacios de escucha, los cuales le permiten expresar su opinion. | X | | | |
| 2 | El equipo de profesionales lo acompaña y apoya en los procesos de atención de la modalidad de manera asertiva. | X | | | |
| 3 | Los pactos de convivencia, deberes y normas son establecidos, recordados y aplicados en el desarrollo de las sesiones de la modalidad a la que pertenece. | | X | | |
| 4 | Participa activamente en las actividades programadas por la modalidad a la que pertenece. | | X | | |
| 5 | Recibe buena atención por los profesionales de la fundación. | X | | | |
| 6 | Desarrollas actividades de ludica y juego durante la ubicación en la modalidad Hogar Sustituto. | X | | | |
| 7 | La fundacion social yo te cuido ha entregado la dotacion de aseo y personal. | X | | | |
| 8 | Las madres de hogar Sustituto entregan alimentacion valanceadad en los cinco horarios estipulados. | X | | | |
| 9 | Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado. | | X | | |

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | **ANEXO 12.**<br>**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION NIÑOS Y NIÑAS (4-11 AÑOS)** | VERSIÓN 1 FSYTC-0021- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |

| FECHA: | NOMBRE DEL USUARIO : |
|---|---|
| 21-06-2024 | maria alejandra mendez |

Responde las preguntas marcando la expresión, de acuerdo a como te sientas con la atención que recibiste.

| N° | ENUNCIADO |  |  |  |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Te sientes bien cuando estas en la fundación. | X | | |
| 2 | Los profesionales te tratan con respeto. | X | | |
| 3 | Te has sentido agredido por algún profesional. | | | |
| 4 | Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad. | X | | |
| 5 | Te gusta participar en las actividades de la fundación. | X | | |
| 6 | Te sientes bien con el trato de la madre de Hogar Sustituto | X | | |
| 7 | Te han ayudado en tus necesidades . | X | | |
| 8 | Te han explicado las reglas de la modalidad Hogar sustituto. | X | | |
| 9 | Te han entregado la dotacion de aseo y personal. | X | | |
| 10 | Desarrollas actividades de ludica y juego durante la ubicación en la modalidad Hogar sustituto | X | | |
| 11 | Tus dudas y pregutas son aclaradas. | X | | |

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION ADOLESCENTES Y JOVENES (12 - 18 AÑOS) | VERSIÓN 1 FSYTC-022- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |

FECHA: 21-06-2024

NOMBRE DEL USUARIO: Yhoan Jimenez

Responda al enunciado de acuerdo a nivel de satisfacción,

| N° | ENUNCIADO | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | NUNCA | NO SABE/ NO RESPONDE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | En la fundación Yo te Cuido existen espacios de escucha, los cuales le permiten expresar su opinion. | X | | | |
| 2 | El equipo de profesionales lo acompaña y apoya en los procesos de atención de la modalidad de manera asertiva. | X | | | |
| 3 | Los pactos de convivencia, deberes y normas son establecidos, recordados y aplicados en el desarrollo de las sesiones de la modalidad a la que pertenece. | X | | | |
| 4 | Participa activamente en las actividades programadas por la modalidad a la que pertenece. | X | | | |
| 5 | Recibe buena atención por los profesionales de la fundación. | X | | | |
| 6 | Desarrollas actividades de ludica y juego durante la ubicación en la modalidad Hogar Sustituto. | X | | | |
| 7 | La fundacion social yo te cuido ha entregado la dotacion de aseo y personal. | X | | | |
| 8 | Las madres de hogar Sustituto entregan alimentacion valanceadad en los cinco horarios estipulados. | X | | | |
| 9 | Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado. | X | | | |

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°02** | | |
|---|---|---|
| **Hora: 4:00 PM** | **Fecha: 21/06/2024** | |
| **Lugar:** | **Calle 1ª número 5-52 Barrio Trinidad; Pitalito Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".** | |
| **Dependencia que Convoca:** | **COORDINADOR -EQUIPO INTERDISCIPLINARIO** | |
| **Proceso:** | **MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS** | |
| **Objetivo:** | **Realizar apertura "BUZÓN DE SUGERENCIAS"** | |

**Agenda**:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- 2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- 3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

**Desarrollo:**

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

Siendo evaluado el servicio de esta manera de forma:

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

Finalmente se da por terminado el espacio de apertura.

**Decisiones:**

- Continuar realizando la acción como lo contempla el servicio

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

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

**Registro Fotográfico:**

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.





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


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

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

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

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | **ANEXO 12.**<br>**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION NIÑOS Y NIÑAS (4-11 AÑOS)** | VERSIÓN 1 FSYTC-0021- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |

| FECHA: | NOMBRE DEL USUARIO : |
|---|---|
| 21-06-2024 | Yohan Jota |

Responde las preguntas marcando la expresión, de acuerdo a como te sientas con la atención que recibiste.

| N° | ENUNCIADO |  |  |  |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Te sientes bien cuando estas en la fundación. | X | | |
| 2 | Los profesionales te tratan con respeto. | X | | |
| 3 | Te has sentido agredido por algún profesional. | NO | | |
| 4 | Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad. | X | | |
| 5 | Te gusta participar en las actividades de la fundación. | X | | |
| 6 | Te sientes bien con el trato de la madre de Hogar Sustituto | X | | |
| 7 | Te han ayudado en tus necesidades . | X | | |
| 8 | Te han explicado las reglas de la modalidad Hogar sustituto. | X | | |
| 9 | Te han entregado la dotacion de aseo y personal. | X | | |
| 10 | Desarrollas actividades de ludica y juego durante la ubicación en la modalidad Hogar sustituto | X | | |
| 11 | Tus dudas y pregutas son aclaradas. | X | | |

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION ADOLESCENTES Y JOVENES (12 - 18 AÑOS) | VERSIÓN 1 FSYTC-022- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 21- 06- 2024

NOMBRE DEL USUARIO: Leidy Anacona

Responda al enunciado de acuerdo a nivel de satisfacción,

| N° | ENUNCIADO | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | NUNCA | NO SABE/ NO RESPONDE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | En la fundación Yo te Cuido existen espacios de escucha, los cuales le permiten expresar su opinion. | X | | | |
| 2 | El equipo de profesionales lo acompaña y apoya en los procesos de atención de la modalidad de manera asertiva. | X | | | |
| 3 | Los pactos de convivencia, deberes y normas son establecidos, recordados y aplicados en el desarrollo de las sesiones de la modalidad a la que pertenece. | X | | | |
| 4 | Participa activamente en las actividades programadas por la modalidad a la que pertenece. | | X | | |
| 5 | Recibe buena atención por los profesionales de la fundación. | X | | | |
| 6 | Desarrollas actividades de ludica y juego durante la ubicación en la modalidad Hogar Sustituto. | | X | | |
| 7 | La fundacion social yo te cuido ha entregado la dotacion de aseo y personal. | X | | | |
| 8 | Las madres de hogar Sustituto entregan alimentacion valanceadad en los cinco horarios estipulados. | X | | | |
| 9 | Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado. | X | | | |

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | **ANEXO 12.**<br>**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION NIÑOS Y NIÑAS (4-11 AÑOS)** | VERSIÓN 1 FSYTC-0021- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |

| FECHA: | NOMBRE DEL USUARIO : |
|---|---|
| 14-06-2024 | GEYDY MENZA |

Responde las preguntas marcando la expresión, de acuerdo a como te sientas con la atención que recibiste.

| N° | ENUNCIADO |  |  |  |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Te sientes bien cuando estas en la fundación. | X | | |
| 2 | Los profesionales te tratan con respeto. | X | | |
| 3 | Te has sentido agredido por algún profesional. | | | MD |
| 4 | Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad. | X | | |
| 5 | Te gusta participar en las actividades de la fundación. | X | | |
| 6 | Te sientes bien con el trato de la madre de Hogar Sustituto | X | | |
| 7 | Te han ayudado en tus necesidades . | X | | |
| 8 | Te han explicado las reglas de la modalidad Hogar sustituto. | X | | |
| 9 | Te han entregado la dotacion de aseo y personal. | X | | |
| 10 | Desarrollas actividades de ludica y juego durante la ubicación en la modalidad Hogar sustituto | X | | |
| 11 | Tus dudas y pregutas son aclaradas. | X | | |

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION ADOLESCENTES Y JOVENES (12 - 18 AÑOS) | VERSIÓN 1 FSYTC-022- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |

| | |
|---|---|
| FECHA: | 31-05-2024 |
| NOMBRE DEL USUARIO: | Luisa Paz |

Responda al enunciado de acuerdo a nivel de satisfacción,

| N° | ENUNCIADO | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | NUNCA | NO SABE/ NO RESPONDE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | En la fundación Yo te Cuido existen espacios de escucha, los cuales le permiten expresar su opinion. | X | | | |
| 2 | El equipo de profesionales lo acompaña y apoya en los procesos de atención de la modalidad de manera asertiva. | X | | | |
| 3 | Los pactos de convivencia, deberes y normas son establecidos, recordados y aplicados en el desarrollo de las sesiones de la modalidad a la que pertenece. | | X | | |
| 4 | Participa activamente en las actividades programadas por la modalidad a la que pertenece. | | X | | |
| 5 | Recibe buena atención por los profesionales de la fundación. | X | | | |
| 6 | Desarrollas actividades de ludica y juego durante la ubicación en la modalidad Hogar Sustituto. | | X | | |
| 7 | La fundacion social yo te cuido ha entregado la dotacion de aseo y personal. | X | | | |
| 8 | Las madres de hogar Sustituto entregan alimentacion valanceadad en los cinco horarios estipulados. | X | | | |
| 9 | Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado. | X | | | |

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 27/05/2022 | HORA: 07:00 PM |
| LUGAR: YO TE CUIDO | TEMA: Sentimos |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Luis | |

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

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

Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 17/06/2024 | HORA: | 2:00 PM |
| LUGAR: | YO TE CUIDO | TEMA: | SENTIMIENTOS Y EMOCIONES |
| DATOS DEL CAPACITADOR: | LINA SOTO | | |

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

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

Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 14/06/2024 | HORA: | 2:00pm |
| LUGAR: | Oficina | TEMA: | Epidemias y Endemias |
| DATOS DEL CAPACITADOR: | Tino Jurado | | |

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 14/06/2024 | HORA: 2:00 pm. |
| LUGAR: YO TE CUIDO | TEMA: DIFERENCIAL SIMBOLICO |
| DATOS DEL CAPACITADOR: LIDO SUAREZ | |

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

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

Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 11/06/2024 | HORA: | 5:00 pm. |
| LUGAR: | YO TE CUIDO | TEMA: | CUID C. E. |
| DATOS DEL CAPACITADOR: | LIND J. | | |

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 12/06/2024 | HORA: | 4:00 PM |
| LUGAR: | YO TE CUIDO | TEMA: | CUIDADOR |
| DATOS DEL CAPACITADOR: | Lirda Maria Suarez | | |

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 12/06/2024 | HORA: | 4:00 PM |
| LUGAR: | 40K CUIDO | TEMA: | RUTA DE CUIDADOS |
| DATOS DEL CAPACITADOR: | LINA LOPERA | | |

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

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

Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 12/06/2024 | HORA: 4:00 Pm |
| LUGAR: U2 TECHO | TEMA: RIESGO DISCAPACIDAD |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Lina P Soto | |

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

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

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| YO TE CUIDO | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 12/06/2024 | HORA: | 4:00 Pm. |
| LUGAR: | YO TE CUIDO | TEMA: | RUTA CONDICION LABORAL |
| DATOS DEL CAPACITADOR: | LINA SUAREZ | | |

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

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

Powered by CamScanner

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

| | |
|---|---|
| FECHA: 12 junio 2024 | HORA: 2:30 PM |
| LUGAR: fundacion social yo te cuido | TEMA: NO al trabajo infantil |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Equipo interdisciplinario - Limpieza | |

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 12 05 25 | HORA: 2 PM |
| LUGAR: Fundación Social Yo te cuido PP | TEMA: 1 Hora contra el maltrato Infantil |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Linda Cubero | |

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 12/06/24 | HORA: 2:00 pm |
| LUGAR: vacacion social yo te cuido | TEMA: una hora contra el trabajo |
| DATOS DEL CAPACITADOR: equipo interdisciplinario | |

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 12-06-2024. | HORA: |
| LUGAR: FUNACION. | TEMA: NO AL TRABAJO INFANTIL |
| DATOS DEL CAPACITADOR: EQUIPO. INTERDISCIPLINARIO - LUZ S | |

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

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

Powered by CamScanner

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

| | |
|---|---|
| FECHA: 12-06-2024. | HORA: 2:00 PM |
| LUGAR: FUNDACION PITALITO. | TEMA: NO AL TRABAJO INFANTIL. |
| DATOS DEL CAPACITADOR: EQUIPO INTERDISCIPLINARIO. | |

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

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

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| YO TE CUIDO | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |

| | |
|---|---|
| FECHA: 12/06/2024 | HORA: 2:30 p.m. |
| LUGAR: YO TE CUIDO | TEMA: 7 NUEVOS CONCEPTOS EL RIESGO |
| DATOS DEL CAPACITADOR: LINA TORRES | |

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

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

Powered by CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *6* | |
|---|---|
| **Hora:** *11:00 Am* | **Fecha:** *21 de junio de 2024* |
| **Lugar:** | *Sede Fundación Social Yo Te Cuido* |
| **Dependencia que Convoca:** | **Operador Yo Te Cuido** |
| **Proceso:** | *Apertura de Buzón* |
| **Objetivo:** | *Revisar las peticiones quejas reclamo sugerencias y denuncias entregadas por las madres sustituta y/o talento humano a través del buzón de sugerencias de la Fundación Social Yo te Cuido modalidad hogar sustituto sede Garzón de información antes relacionada para proceder en su trámite dando una oportunidad respuesta en los términos establecidos de la normatividad vigente.* |

**DESARROLLO:**

Siendo las 11:00 AM horas del día 21 del mes de junio del año 2024, con la presencia de los profesionales: LAURA ALEJANDRA SOTO, KAREN YESENIA ALVAREZ, JESSICA LORENA GARZON y con presencia de la representante de las madres sustitutas la señora ROSA TERRIOS CASTILLO, se procedió a dar apertura al "**BUZON DE SUGERENCIAS**" de la Fundación Social Yo Te cuido, en presencia de los asistentes, donde se logra evidenciar que hasta el momento no existe ninguna violación del candado y seguridad instalada en la cerradura del mismo, por lo anterior, se inicia el cumplimiento del siguiente orden del día:

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

**OBSERVACIONES:**

La apertura de buzón se realiza satisfactoriamente, no se observan peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y/o denuncias hasta la fecha, sin embargo, se evidencia por parte de la Madre Sustituta Olga Lucia Triana y la adolescente I.D.M.CH, dos observaciones de felicitaciones para el equipo Interdisciplinario de la Fundación Social Yo Te Cuido (Se anexa formato).

De igual manera es de resaltar que se continuara manteniendo abiertas las líneas de comunicación y se estará preparados para abordar cualquier inquietud que pueda surgir, la cual sea fundamental para garantizar la calidad y la eficacia de los servicios proporcionados por la Fundación Yo Te Cuido en la modalidad de Hogar Sustituto en la sede Garzón.

La Fundación Yo Te Cuido gestionara de manera efectiva las solicitudes recibidas a través del buzón de sugerencias, garantizando una respuesta oportuna y adecuada a las necesidades y preocupaciones planteadas por las madres sustitutas y el talento humano.




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

Scanned with ACE Scanner

**REGISTRO FOTOGRAFICO:**







*Evidencia fotográfica de apertura de buzón del día 21 de junio de 2024, por parte de la fundación social Yo Te Cuido, junto a la madre sustituta Sandra Milena Calderón.*




Scanned with ACE Scanner

| FIRMA ASISTENTES | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo o rol / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| Laura Fernández Soto | Psicologa | F.S. Yotecuido | Laura Fernández S. |
| Karen Yesenia Alvarez | Trabajadora Social | F.S Yo Te Cuido | Karen Yesenia Alv. |
| Jessica Lorena G. | Gestora Caso | F.S. Yo te Cuido | |
| Rosa. Terrios Castillo | M.S. | F.S. YoTeCuido | Rosa Terrios. |
| **Próxima reunión:** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | 05-Julio-2024 | Por definir | Sede Administrativa. |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Karen Yesenia Alvarez | | |


¡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

Scanned with ACE Scanner

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

# FORMATOS

## FORMATO DE PETICIONES

DATOS GENERALES

Fecha: Dia 19 Mes 06 Año 2024

Nombre Del Usuario: Olga Lucia Triviño Identificación: 1044856836

Dirección: _____ Teléfono: 3138486593

Seleccione con una X el tipo de petición a presentar:

QUEJA ( ) RECLAMO ( ) PETICION ( ) SUGERENCIA ( ) FELICITACIONES (X)

Motivo de la PQRS:

Atención al usuario: _____ Calidad del servicio: Excelente

Instalaciones: _____ Tiempos de atención: _____ Otro: _____

DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN

De parte de las profesionales de la fundacion yo te cuido me parecio. exelente la celebracion del dia de los ninos porque nos sentimos conectadas con ellos y cantodas los ninos vailaron jeento a todos los ninos algo que fue muy emotivo para todos los ninos emocional y ficica mente que ctlebte trabajar con personas asi que, sean unas felicitaciones al equipo de profesionales

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO (OPCIONAL)**

Scanned with ACE Scanner

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

# FORMATOS

## FORMATO DE PETICIONES

DATOS GENERALES

Fecha: Dia 12 Mes 6 Año 2024

Nombre Del Usuario: Ingrid Dayana Muñoz Identificación: 1081514917

Dirección: Nuevo horizonte Cra 6 Teléfono: 3203100641

Seleccione con una X el tipo de petición a presentar:

QUEJA ( ) RECLAMO ( ) PETICION ( ) SUGERENCIA ( ) FELICITACIONES (X)

Motivo de la PQRS:

Atención al usuario: _____ Calidad del servicio: _____

Instalaciones: _____ Tiempos de atención: _____ Otro: _____

DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN

Quiero Felicitar a la Spicologa y a la trabajadora Social porque me parece muy chevere la personalidad siempre tienen una sonrisa y nos ayudan mucho y nos comprenden me parece que están haciendo un muy buen trabajo

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO (OPCIONAL)**

Ingrid Dayana M.

Scanned with ACE Scanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°5 | |
|---|---|
| **Hora: 10:00 AM** | **Fecha: 07/06/2024** |
| **Lugar:** | **Calle 13 N. 5E-34 barrio villa del prado la Plata Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".** |
| **Dependencia que Convoca:** | **GESTORA DE CASO** |
| **Proceso:** | **MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS** |
| **Objetivo:** | **Realizar la cuarta apertura "BUZÓN DE SUGERENCIAS"** |

Se inicia a las 10:00 AM contando con la participación de la gestora de caso y la madre sustituta Mireya Chimbaco y Ana Milena.

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

Se procedió a la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, una vez se realiza la apertura física se encuentran 2 peticiones realizadas por las madres sustitutas Mireya Chimbaco y Ana Milena.

**Peticiones:**
Madre Mireya Chimbaco - quien solicita que se tenga en cuenta al equipo psicosocial completo de la fundación social yo te cuido, en cada evento o celebración que se realice.

Madre Ana Milena – Quien solicita que se avise con anticipación las capacitaciones para que las madres sustitutas se organicen en cuanto a tareas y demás obligaciones que tienen, y también para que no se crucen con fechas de citas médicas.

Finalmente se establece la próxima fecha para la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la Modalidad ,para la fecha (21/06/2024) de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Implementación del Modelo de Atención, dirigido a los niños, niñas y los adolescentes en las Modalidades de Restablecimiento de Derechos esta apertura se realizara una vez cada quince días de manera presencial en las Instalaciones del Operador; se procede al cierre del buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la modalidad de forma presencial .
Como compromisos se espera: Continuar en la promoción del mecanismo de participación denominado Buzón de sugerencias
Continuar informando a las madres sustitutas, niños, niñas , adolescentes , familia biológica o red extensa que la Fundación Social yo te cuido cuenta con un buzón en la sede.
continuar extendiendo la invitación a las madres sustitutas y a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad que hagan usos activamente de esta herramienta de participación indicada en el Manual Operativo Modalidad de Acogimiento Familiar y el Lineamiento del Modelo de Atención , el equipo continuará invitando a las madres y Usuarios a través de las atenciones mensuales.

Evidencia fotográfica


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

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

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







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

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




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 |
|---|---|---|
| Continuar participación en el buzón de Sugerencias | Madres Sustitutas | Ana Mireya |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Mireya Chimbaco | Madre Sustituta | Yo te cuido | Mireya Chimbaco |
| Jenny Daniela Olaya Noreña | Psicologa - Gestora de cuido | Yo te cuido | Daniela Olaya |
| Ana Milena | Madre Sustituta | Yo te cuido | Ana Milena |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 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.

**La Plata Huila, 05 de Julio del 2024**

DOCTORA:

**CLAUDIA LILIANA VIDAL FLORIANO**
Coordinadora centro zonal la Plata
Calle 5 B 9 -05 Barrio Villa Isabela

Asunto: Entregar informe trimestral de la herramienta de participación Buzón de sugerencias.

A continuación, se relacionan las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y observaciones presentadas por los Usuarios de la modalidad hogar sustituto, familias biológicas, sustitutas y/o redes de apoyo, se hace entrega del tercer informe que comprende los meses de abril, Mayo, Junio.



| NÚMERO DE PETICIONES EFECTUADAS POR LOS USUARIOS, MADRES SUSTITUTAS , FAMILIAS BIOLOGICAS | SÍNTESIS DE LAS PETICIONES PRESENTADAS . | ACCIONES IMPLEMENTADAS AL RESPECTO. | SI SE IDENTIFICARON SITUACIONES DE RIESGO QUE AMERITARON ATENCIÓN INMEDIATA, MENCIONAR CUALES Y ACCIONES REALIZADAS AL RESPECTO. |
|---|---|---|---|
| ABRIL 3 PETICIONES | • Solicitud atención por el comisario del municipio de la Argentina para el usuario Jhon Alexander Quilindo .<br>• Disney , madre sustituta solicita reunión con la representante legal del operador.<br>• Disney, madre sustituta Solicita Una comoda para el servicio de los | • Se Informa que la solicitud fue enviada al despacho del Comisario de familia.<br>• La reunion se llevo acabo el dia 16-04-2024 en las instaciones del operador .<br>• Se Eleva la consulta a la coordinadora del operador , quien menciona que se encuentran a la espera que desde la regional ICBF , se asignen recursos para | No se presentaron situaciones de riesgo durante el trimestre. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 FELICITACIONES | usuarios.<br><br>• Cristian Vargas, usuario de la modalidad solicita que al final de cada actividad o reunión se les de refrigerio .<br><br>• Farid, usuario brinda felicitaciones a la madre sustituta Dayana Diaz. | este gasto.<br><br>• A traves de oficio se le da como respuesta que estos tiempos de comida estan a cargo de la madre sustituta.<br><br>• Es grato para nosotros saber que tenemos vinculadas a nuestro programa personas con las calidades humana por usted mencionadas. | |
| MAYO<br><br>1 SUGERENCIA | • La madre sustituta Olga Beatriz Solorzano Sugiere que las reuniones o talleres sean programados con tiempo. | • A través de oficio se le agradece la sugerencia y nos comprometemos a citar a las madres y usuarios con una semana de anterioridad. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 PETICIONES | • Disney Garcia , solicita a la fundación un bus para el transporte de los usuarios. | • A través de oficio se le responde a la madre sustituta que en la cuota de sostenimiento de cada usuario se asigna para este gasto. | |
| | • Disney García, solicita un botellón de agua en las instalaciones del operador, y que los viáticos sean consignados cona anterioridad. | • La petición fue elevada a la coordinación del operador , buscando mejorar el servicio al beneficio de las madres sustitutas y usuarios. | |
| 2 FELICITACIONES | • Las madres sustitutas Dayana Caterin Diaz – Yohaira Arandia , agraden y felicitan al operador por el | • Agrademos a las madres sustitutas por las felicitaciones , estando siempre prestos a seguir mejorando. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | servicio , celebración día de la madre. | | |
| JUNIO<br><br>2 FELICITACIONES | • Mireya Chimbaco Y Rosalba Serrato Madres sustitutas, felicitan al operador por el servicio y agradecen por las actividades realizadas. | • Agrademos a las madres sustitutas por las felicitaciones , estando siempre prestos a seguir mejorando. | |
| 2 SUGERENCIAS | • Milena Valencia , madre sustituta sugiere que las capacitaciones sean convocadas con tiempo. | • A través de oficio se le agradece la sugerencia y nos comprometemos a citar a las madres y usuarios con una semana de anterioridad. | |
| | • Sugiere que los comisarios , defensores de familia, ante una ubicación | • A través de oficio se le indico que se les reportara la sugerencia a las autoridades competentes. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | verifiquen sin los niños, niñas u adolescentes aplican para la modalidad, debido a la situación presentada con la usuaria Karol Guaraca . | | |



**PAOLA ANDREA MARÍN GONZÁLEZ**
Gestora De Caso
Programa Hogares Sustitutos.
Fundación Social Yo te Cuido

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
**NIT: 901496702-9**
**Cel. 3206193497**

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°6 | |
|---|---|
| **Hora: 10:00 AM** | **Fecha: 21/06/2024** |
| **Lugar:** | **Calle 13 N. 5E-34 barrio villa del prado la Plata Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".** |
| **Dependencia que Convoca:** | **GESTORA DE CASO** |
| **Proceso:** | **MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS** |
| **Objetivo:** | **Realizar la cuarta apertura "BUZÓN DE SUGERENCIAS"** |

Se inicia a las 02:00 PM contando con la participación de la gestora de caso y las madres sustitutas Disney Garcia y Rosalba Serrato.

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

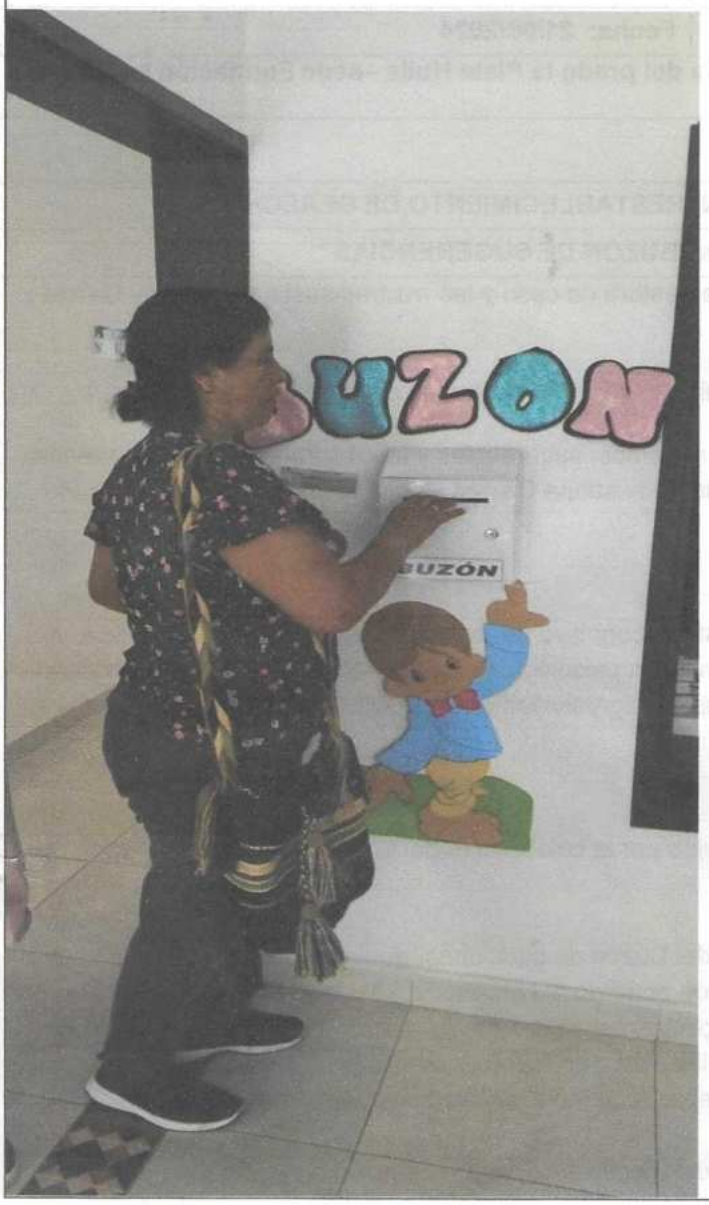
Se procedió a la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, una vez se realiza la apertura física se encuentra 1 petición realizada por la madre sustituta Disney Garcia y una felicitación realizada por la madre sustituta Rosalba serrato.

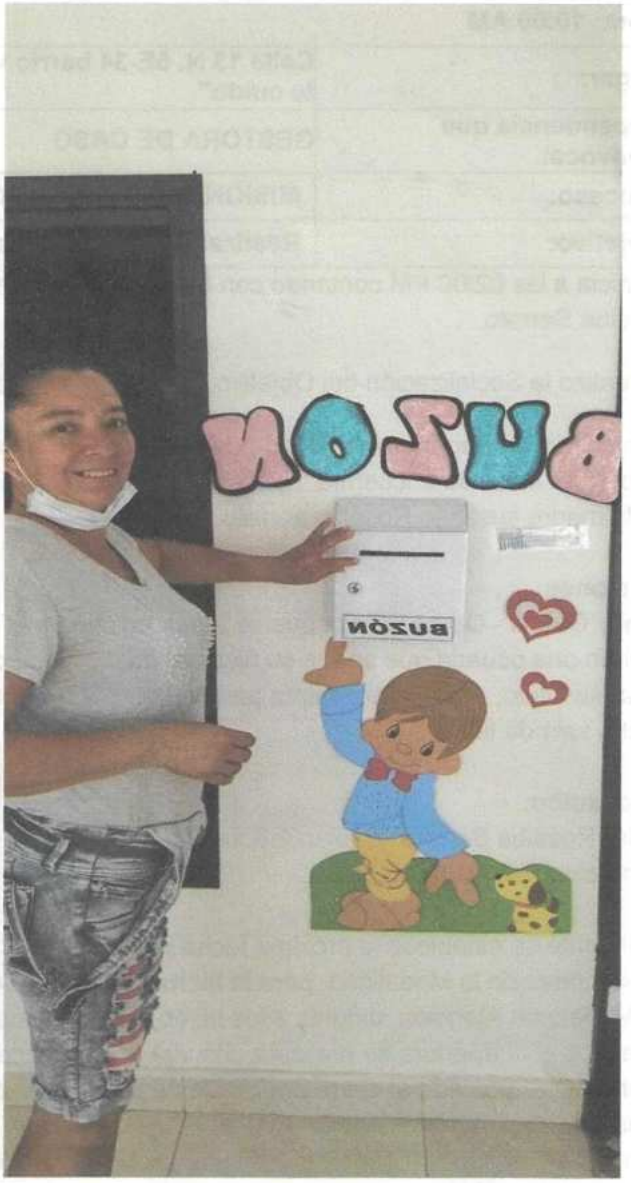
**Peticiones:**
Disney Garcia - Quien solicita que se tenga en cuenta el estado cognitivo de los usuarios, ya que a la modalidad le asignan una usuaria que según su historial médico y su condición psicológica no debería ser ubicada en la modalidad hogar sustituto, porque no es apta para la convivencia, presenta agresividad con las demás personas y le gusta mucho salir de la casa.

**Felicitación:**
Madre Rosalba Serrato – Quien felicita al operador yo te cuido por la celebración del San Pedro, todo muy bonito y el plato típico muy sabroso.

Finalmente se establece la próxima fecha para la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la Modalidad, para la fecha (05/07/2024) de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Implementación del Modelo de Atención, dirigido a los niños, niñas y los adolescentes en las Modalidades de Restablecimiento de Derechos esta apertura se realizara una vez cada quince días de manera presencial en las Instalaciones del Operador; se procede al cierre del buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la modalidad de forma presencial .
Como compromisos se espera: Continuar en la promoción del mecanismo de participación denominado Buzón de sugerencias.
Continuar informando a las madres sustitutas, niños, niñas , adolescentes , familia biológica o red extensa que la Fundación Social yo te cuido cuenta con un buzón en la sede.
continuar extendiendo la invitación a las madres sustitutas y a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad que hagan usos activamente de esta herramienta de participación indicada en el Manual Operativo Modalidad de Acogimiento Familiar y el Lineamiento del Modelo de Atención , el equipo continuará invitando a las madres y Usuarios a través de las atenciones mensuales.

Evidencia fotográfica




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

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


**¡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 |
|---|---|---|
| Continuar participando en el buzón | Madres sustitutas | Rosalba |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Disney Garcia G. | MSta | yo te cuido | [firma] |
| Laura Daniela Olarnche Norevé | Madre sustituta | Yo te cuido. | Daniela Olvarche |
| Rosalba Serrato | Madre stituta | yotecuido | Rosalba Serrato |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

PÚBLICA

La Plata, Huila 26 de junio del 2024


BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada
No. 20244700300006592 Código Web: TPmNEqdYx7HOPhee+Hhv2z7e48g=
Radicador: Yury.Cotacio Fecha: 26/06/2024 14:30:25 Folios: 3
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: ACTAS DE BUZON DE SUGERENCIAS DEL M


DOCTORA:

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

**Asunto: Actas de buzón de sugerencias del mes de Junio de 2024.**

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

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

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

**LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO**
Trabajadora Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

Ministerio de la Protección Social
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
OFICINA DE GESTION DOCUMENTAL
CENTRO ZONAL LA PLATA
FECHA RECIBIDO 03 JUL 2024
HORA 4:42 p.m
No. FOLIOS 14
No. RADICACIÓN
RECIBIDO POR Luis Value.

La Plata, Huila 05 de julio del 2024

DOCTORA:

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

***Asunto:*** *INFORME TRIMESTRAL*

Respetuosamente nos permitirnos hacer entrega del informe trimestral , encuestas de satisfacción madres sustitutas, usuario de sugerencias , correspondientes al mes abril, mayo , junio 2024.
Agradezco la atención prestada.

Cordialmente;

**PAOLA ANDREA MARIN GONZÁLEZ**
Gestora de Caso
Programa Hogares Sustitutos.
Fundación Social Yo te Cuido
*Anexo: 14 Folios.*



Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**EN CONSECUENCIA:**

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

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

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

PUBLICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.

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

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
REPRESENTANTE LEGAL FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

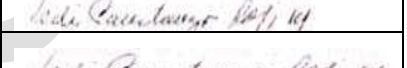
PÚBLICA

## ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**

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

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

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

PÚBLICA

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

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

**CERTIFICA**

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

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

Neiva – 05 de julio del 2024

Atentamente,



_____

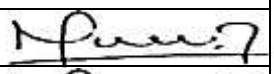
YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

## ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**

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

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

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

PÚBLICA

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

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

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de julio del año 2024, no se manejan residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la prestación del servicio.

Neiva -05 de julio del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

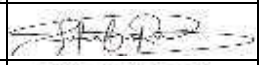
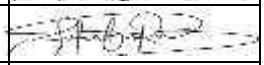
**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
**NIT: 901496702-9**
**Calle 11 N 3 -80**
**Cel. 3206193497**

## ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**

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

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

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

PÚBLICA

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

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

**CERTIFICA**

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

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

Neiva - 07 de julio del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, , no se presentó ningún incidente y/o accidente, manteniendo un entorno de trabajo seguro cumpliendo así con los estándares de seguridad establecidos.

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

Neiva - 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

## ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**

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

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

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

PÚBLICA