Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

La vivienda se encuentra organizada, espacios en óptimo aseo, no se observan humedades, ni grietas.
Refrisenador con alimentos rotulados, se observa variedad de los alimentos.

Powered by CamScanner

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

Sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita **PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ**		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita **FRANCY YORLAY NIETO COTACIO**
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita Francy Nieto
CC. 26427401	**TP 160323**	**CC. 25.464.874 DE INZA - CAUCA**
Celular: 3124564343		**Celular: 3222689309**
Correo electrónico: **HSPICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM**		**Correo electrónico:** francynieto56@hotmail.com

Notas:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 2 de 3

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
	USO COMUN	
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	✓	
Bloqueador solar	✓	
Champú	✓	
Crema dental	✓	
Papel Higiénico	✓	
Gel Antibacterial	✓	
Cepillo y betún para zapatos	✓	

OBSERVACION GENERAL
Yohan con la dotación acorde a su edad y necesidades

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yohan Jojoa

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Franyi Prieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Paola Andrea Olaya

Powered by CamScanner

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

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
	USO COMUN	
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	Y	
Bloqueador solar	Y	
Champú	Y	
Crema dental	Y	
Papel Higiénico	Y	
Gel Antibacterial	Y	
Cepillo y betún para zapatos	Y	

OBSERVACION GENERAL
El usuario con dotación acorde a la edad y sus necesidades

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Cristhian Acosta

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Franyeli Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Paola Andrea Olaya

Powered by CamScanner

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

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Dotación de Aseo en Cantidad Suficiente para las Necesidades del usuario

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Jhon Fredy Abella

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Prieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Paola Andrea Ortiz

Powered by CamScanner

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
	PERSONAL	
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

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

OBSERVACION GENERAL
El niño cuenta con dotación de aseo acorde a la edad.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No Firma Franklin SNit

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Pieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18-06-2024	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Francy Yorlay Nieto.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		2	0006207040	15-Oct-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		alimento almacenado en recipiente plastico con tapa y rotulado

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

- Preparar el alimento segun las orientaciones recibidas por la nutricionista.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Francy Nieto	Paola Olaya

Powered by CamScanner

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

FECHA: 18-06-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Francy Viviana Nieto

CENTRO ZONAL: La Dorada

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Paola Andrea Otero

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta:

Francy Nieto

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: JUNIO 14 DE 2024

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

REGIONAL HUILA CENTRO ZONAL LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N° 5 E 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO	41.709.184	3107865661

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
12-06-24	PAOLA PULICHE	ICBF

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

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

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

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	GOMEZ	ARDILA	LEIDY CONSTANZA
	Identificación:		
Dirección: CALLE 6 N. 3-79 URBANIZACION COMFAMILIAR		Tel. Fijo NO TIENE	Celular 3138961014
Barrio: CIUDADELA COMFAMILIAR		Correo electrónico: legomez19930@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Javier por su discapacidad NO asiste a Institución Educativa Ni se le realiza Seguimiento No cuenta con Proyecto de Vida Kristabel y Daniel Con Cumplimiento de los Item.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

La menor mantiene contacto con su Familia y han acudido a las diligencias Psicologicas.
La Flia hace parte del Proceso de restablecimiento.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

se ha cumplido con la organización de c/u de la carpeta y la documentación se encuentra al día

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

La Empresa se encuentra con documentación completa tanto de la Madre Sustituta como la de su Red de apoyo.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

los Espacios en Buenas Condiciones de aseo e higiene. Organizacion Buena.

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

Sin Hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

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

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

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita LEIDY CONSTANZA GOMEZ ARDILA
Firma de la persona que realiza la visita Ledi Constanza Rojas M.		Firma de la persona que recibe la visita Leidy Constanza Gomez
CC. 41.709.184	TP. 228794112-1	CC. 1117629340
Celular: 3107865661		Celular: 3138961014
Correo electrónico: hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com		Correo electrónico: legomez19930@hotmail.com

Notas:

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

CLASIFICADO

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

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

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	14-06-2024	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Leidy Cantarys Gomez Aldila

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

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Almacenamiento Correcto 1 Bolsa optima para consumo.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Leidy Cantarys Gomez	Leidi Cantarys 14.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: LEIDY CONSTANZA GOMEZ

Dirección: Calle 6 # 3-79

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

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: DANIELA VILLAMIL

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Leidy Constanza Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Constanza Rojas M.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Kristael

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Leidy Constanza Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ledi Constanza Ruiz Hg.

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 27-06-2024

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

Regional Huila_____ Centro Zonal La plata_____

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N. 5 E -34 VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 18-06-2024	Diana Paola Polichè	ICBF centro zonal La Plata

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Chimbaco	Marín	Mireya
	Identificación: 36.383.845		

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Dirección: Calle 5 A Sur N° 17-24	Tel. Fijo No tiene	Celular 314-4829482
Barrio: Nuevo Horizonte	Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	JUAN CARLOS PAZ QUILINDO	17/02/2013	T.I 1081415451	23434646	28/02/2023	segunda/Eliana Mercedes Alvarez
2	LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO	8/06/2011	T.I 1081412013	23438091	21/07/2023	Alonso Martinez / Defensoria Primera
3	MARIA JOSE FIGUEROA ORTEGA	12/10/2014	T.I 1083918354	235100395	24/04/2024	Claudio López / Defensoría cuarta
4						
5						

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 17-06-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional HUILA Centro Zonal LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD MM AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
05-06-24	Paola Pulido	ICBF.

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

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

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

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	SOLORZANO	CARDOSO	OLGA BEATRIZ
	Identificación: 36381366		
Dirección: CLL 10 # 8-07		Tel. Fijo NO REPORTA	Celular 3115996113
Barrio: SAN RAFAEL		Correo electrónico: Olgasolorzano0512@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	ANDRES ESTIVEN OTELA RIVERA	16/03/2019	R.C 1.080.267.572	23439245	8/04/2024	COMISARIA DE FLIA LA ARGENTINA. ALEXIS PATIÑO
2	SARA VALENTINA OTELA RIVERA	5/11/2013	T.I 1082158993	23439244	8/04/2024	COMISARIA DE FLIA LA ARGENTINA. ALEXIS PATIÑO

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

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

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

Powered by CamScanner

3	MARIANA ACENETH ACOSTA GUTIERREZ	21/04/2010	T.I 1145825663	23439371	1/05/2024	DEFENSORIA PRIMERA DE FLIA. ALONSO MARTINEZ

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Recibe atención psicosocial. HARIANA ACENETH	SiX No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

La Madre Cumple con los Requisitos de Ley de la Visita anunciada.
Buen acompañamiento a la usuaria

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

los usuarios han recibido visita con su Flia Biológica. hay buen acompañamiento de la Madre sustituta en las actividades de clase de color. Existe el Diálogo entre el Grupo de la Flia Sustituta.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

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

Observaciones:
Carpeta organizada con cumplimiento de citas Medicas Boletines Escolares y Valoraciones Realizadas.

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

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)
Dotacion en Buenas Condiciones y elementos Necesarios Para su Presentacion y Cuidado Personal.

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

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

Powered by CamScanner

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

Observaciones:

Documentación legajada debidamente y al día Sin Documento de Ellos.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

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

Las Condiciones Higienicas de organizacion y aseo excelente.

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

Sus Compromisos Di hallazgos

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Powered by CamScanner

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
Ledi Cantarza Rojas		
CC. 41709184	TP.228794112-1	CC. 36381366
Celular: 3107865661		Celular: 3115996113
Correo electrónico: hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com		Correo electrónico: Olgasolorzano0512@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Olga Beatriz Salazar.

Dirección: Calle 10 # 8-07

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

Powered by CamScanner

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

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

OBSERVACIONES

Buen almacenamiento de alimentos y Rotulacion

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Ledi Cantaro Ruiz Moreno
Firma de la persona que realiza la verificación	Ledi Cantaro Ruiz M.
CC. 41.709.184	**TP.** 2287941112-1
Celular: 3107865661	
Correo electrónico:	Hsseguridadsalud@fundacionyotecuido.com.

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Olga Beatriz Salazar.

Dirección: Calle 10 # 8-07

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	19-06-24	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Olga Beatriz Solarzano Cardoso.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X			000205 2040	15-10-24

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		1 Bolsa xa consumo. bien almacenado

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Ledi Cantillo Reyes.

Powered by CamScanner

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

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Andrea Otalvaro

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Jenifer

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Cuentas 1144

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Sara Stela

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [illegible]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Cardenas Rojas

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Mariana Acevedo Acosta

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Edi C. Rojas M.

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 27/06/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	X		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Katerine Ramos Sabrak Rocio Carolina Vargas	1.083.866.191	3204227379 3132040036.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
DD/MM/AA N/A	N/A	N/A

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rivera	Garcia.	Paula Alejandra
	Identificación: 1.082.779.043		

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Barrio: Arándanos Kr 2A # 27 - 21	Tel. Fijo N/A	Celular 3123098374
Barrio: Arándanos	Correo electrónico: paleriga04@gmail.com.	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Ariadna Sofía Sobra Cajibioy	25/11/2022	1.083.941.780	23510228	30/05/2024	Defensoría Familia #4 Claudio López
2	María del Mar Galindez Bravo	04/06/2013	1.144.630.774	23598446	13/03/2023	Comisaría de Familia Pitalito / Olga Perdomo
3	María José Salgado Vega	10/09/2009	1.083.892.928	23580655	17/04/2024	Defensoría de Familia #4 / Claudio López
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

* La usuaria Ariadna Sobra no aplica para vinculación sistema educativo por la edad. Así mismo participación en actividad extracurricular (No Aplica) por la edad actual de la usuaria.
* Actualmente, los usuarios activos en la unidad de servicio, cuentan con atención psicosocial por parte del operador.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

* Actualmente, la usuaria Adiadna Sobra no ha recibido encuentro biológico en espera de efectuar actualización de contactos telefónicos por familiar externo, para el fortalecimiento familiar. / La usuaria Maria del Mar Galindez, actualmente, recibe encuentro biológico presencial con sus hermanos, fortaleciendo sus dinámicas familiares / Usuaria Maria José Salgado, actualmente está en proceso de Adoptabilidad, por tal motivo, no recibe encuentros biológicos.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

Carpetas de las usuarias activas en la unidad de servicio, en buen estado. La usuaria Ariadna Sobra no reporta vinculación académica por la edad. Formato experiencias actualizado, con las novedades en el la unidad de servicio (Reubicación)

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

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

- La usuaria Ariadna Sobra actualmente no está vinculada al sistema educativo, por la edad actual. Usuarias con dotación completa y en buen estado

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

Se orienta a la madre sustituta; en actualización y soporte de "Adios", y solicitar capacitación de las jornadas formativas del mes Junio/2024.
El equipo psicosocial, brinda recomendaciones a la madre sustituta en los diferentes formatos a soportar en la carpeta de "Madres Sustitutas".

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

Durante la visita domiciliaria, la unidad de servicio se enwentra con condiciones higiénicas y usuarios con buena presentación personal.

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

- Se recomienda a la madre sustituta cumplir con la cita "Medicina General" el 05 de Julio/2024, con la usuaria Aridna Sobra.
- Las usuarias Maira del Mar Galindez y Maira José Salgado, en la carpeta, portan "Aries" del mes de Enero/2024, se orienta actualizar a fecha del Mes de Junio/2024.
- Se recomienda a la madre sustituta asignación de cita especialidad Oftalmología, la madre sustituta confirma cita para el 05 de Julio/2024.
- Se recomienda solicitar certificaciones de los usuarios mediante jornadas formativas.
- Se recomienda solicitar certificaciones jornadas formativas de madre sustituta.

Powered by CamScanner

* Se orienta a la madre sustituta; solicitar dotación personal al operador para la usuaria Ariadna Sofia

* El equipo psicosocial, al realizar visita domiciliaria, se orienta a la madre sustituta relacionado a señalización, rutas de atención, formatos visibles como "Código Ético y Pacto de Convivencia", rutas de emagencia. Adicional, se orienta a la madre sustituta relacionado al orden de formatos en las carpetas de las usuarios activas en la unidad de servicio.

* Se recomienda a la madre sustituta, asignación cita psicoterapia de la usuaria Maria del Mar Galindez.

* Se recomienda a la madre sustituta, solicitar registro capacitaciones de los usuarios en participación jornadas formativas mes Junio 2024 al profesional en Pedagogia.

* Asignación de cita especialidad Nutrición- Dietética para el mes de Junio/2024 de la usuaria Maria del Mar Galindez Bravo.

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

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Rocio Carolina Vargas Paz.	Paula Alejandra Rivera Garcia
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1.083.866.191 TP. 128256	CC. 1082779043
Celular: 3132040036	Celular: 3123098374
Correo electrónico: fisioscvargas@hotmail.com	Correo electrónico: Blorgao4@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27/06/2024	CENTRO ZONAL	Pitalito - Huila

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Paula Alejandria Rivera Garcia.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1 Completa.	0002041448.	24/08/2024.
			1 en la mitad	0002041448	24/08/2024.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		La madre sustituta almacena las unidades de AAVN en cajonera, tapadas y libre de humedad.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES: Se recomienda a la madre sustituta; Consumir las unidades de AAVN en el mes de Julio, ya que vencen en el mes de Agosto/2024.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Paula Rivera	

Powered by CamScanner

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

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:

CENTRO ZONAL:

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta:

Paula Rueda

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Paula Alejandra Rivera García.

Dirección: K1 2 A # 27 - 21 Barrio: Arándanos.

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

Powered by CamScanner

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

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

OBSERVACIONES

Se orienta a la madre sustituta en adecuación del "Caite)" con soportes en ruta de atención, directorio ante emergencia y formatos del operador.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Rocio Carolina Vargas Paz.
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1.083.866.191	**TP.** 128256.
Celular: 3137040036.	
Correo electrónico: HSPSICOLOGIA@YOTECUIDO@gmail.com.	

Powered by CamScanner

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

CERTIFICA

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

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

Fecha de visita: 27 06 2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Katheryne Ramos.	1077.471.524	3204227379

Última visita de seguimiento al Hogar:

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

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

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

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

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

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

* Anule los renglones no utilizados

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

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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

Descripción general de lo encontrado:

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

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

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

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

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

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

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

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

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

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

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

Observaciones:

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

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Notas:

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

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27- JUNIO -2024	CENTRO ZONAL	Pibilito.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Maryen Lucia Narvaez Ruiz

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

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

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

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

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

FECHA 27- Junio -2024.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez.

CENTRO ZONAL Pitalito.

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

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

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta.

Maryen Lucia Narvaez

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

Fecha de visita: 28/06/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
31/05/2024.	Kacteryne Ramos Salazar.	Fondación Social "Yo te Cuido".

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Corregimiento Guacacallo	Tel. Fijo N/A.	Celular 3144728447.
Barrio: Corregimiento Guacacallo.	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Elizabeth Hilagos Samboní Golondrino	25/05/2000	1.083.987.253	N/A	11/08/2023	Comisaría Familia/ Acevedo
2	Yastin Leabedro Samboní Golondrino	15/03/2018	1.077.248.472	N/A	11/08/2023	Comisaría Familia/ Acevedo.
3	Yorvin Smith Ortiz Martinez	13/01/2017	1.084.726.177	2359002416	06/06/2024.	Defensoría Familia Cuarta/ Claudio López
4	Yully Constanza Rojas Vanegas	31/07/2008	1.144.625.522	235	18/06/2024	Defensoría Familia Cuarta/ Claudio López
5	Deissy Alexandra Rojas Vanegas	26/03/2011	1.079.536539	3764113763	18/06/2024.	Defensoría Familia Cuarta/ Claudio López.

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Mediante atención especializado en Nutrición - Dietética, la usuaria Elizabeth Sambon actualmente, avanza en su proceso nutricional con respectivo tratamiento médico Vinculación al sistema educativo de Yorvin Ortiz con fecha 25/06/2024 Las usuarias Yully Rojas y Deissy Rojas actualmente están en proceso a vinculación sistema educativo.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

- Actualmente, los usuarios Elizabeth Samboni y Yastin Samboni no reciben Encuentros Biológicos, por desinterés de los padres biológicos en la fortalecimiento familiar.
- Los usuarios Porvin Ortiz, Deissy Rojas y Yolly Rojas actualmente no cuentan con Encuentros Biológicos, a espera de establecer contacto telefónico y citación mes Junio/2024.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

* El usuario Porvin Ortiz actualmente no cuenta con soportes de atención en Medicina General y certificación documento de Identidad.

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

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

Las usuarias Deissy Rojas y Yully Rojas, actualmente no cuentan con dotación (Personal-Escolar).

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

- En el momento de la visita domiciliaria mes Junio/2024, se evidencia; carpeta en buen estado y actualización documentación con respectivos soportes (Certificación y constancias).
- Se recomienda a la madre sustituta; actualizar "Adres" a usuarios y madre sustituta.

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

En el momento de la visita domiciliaria; se evidencia vivienda en condiciones higiénicas adecuados.

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

- Vinculación al sistema educativo de las usuarias Yully Constanza Rojas Vanegas y Deissy Alexandra Rojas Vanegas
- Se recomienda a la madre sustituta, vinculación de las usuarias Deissy Rojas y Yully Rojas en actividades extracurriculares para el Buen Aprovechamiento del Tiempo Libre.
- Se recomienda a la madre sustituta y equipo del operador, para que la Defensoría de Familia, facilite Documento de Identidad "Tarjeta de Identidad" con el objetivo de avanzar con las atenciones médicas y educativas del usuario.
- Se orienta a la madre sustituta en; solicitar al operador (Dotación Personal y Escolar) de las usuarias Deissy Rojas y Yully Rojas.

Powered by CamScanner

- Se orienta a la madre sustituta, actualizar "Aries" a usuarios y madres sustitutas.

- Se orienta a la madre sustituta asignación citas de control Nutrición – Dietética, Pediatra, Psiquiatria y Psicología para usuaria Elizabeth Semboni.

- Se orienta a la madre sustituta, asignación cita especialidad Psiquiatra Pediátrica y Psicología – Prueba Cognitiva en usuario Postin Samboni.

CLASIFICADO

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Rocio Carolina Vargas Paz	Omaira Diaz Molina.
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1.083.866.191 TP. 128256	CC. 36295884
Celular: 3132040036	Celular: 3144728447
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPROTECCION@gmail.com	Correo electrónico: omairadiaz@gmail.com

Notas:

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

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28/06/2024	CENTRO ZONAL	Pitalito - Huila.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Omaira Diaz Holina

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	✓		1 Completa	0002041448	24/08/2024.
			1 Completa	0002041448	24/08/2024
			1 Completa	0002041448	24/08/2024
			1 Completa	0002041448	24/08/2024
			1 Completa	0002041448	24/08/2024.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	✓		Los elementos AAVN se encuentran almacenados en recipiente plástico, debidamente tapado, en buen estado.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a la madre sustituta, utilizar la AAVN en un periodo de mes Agosto/2024 con la finalidad de aprovechar el alimento en su estado útil.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL

Powered by CamScanner

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

FECHA: 28/06/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Omaira Diaz Molina

CENTRO ZONAL: Pitalito - Huila

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Rodo Vargas

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Dmaira Díaz Holina.

Dirección: Vereda Guacacallo.

FUNDACIÓN SOCIAL

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

Powered by CamScanner

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

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

OBSERVACIONES

En el momento de la visita domiciliaria, la vivienda cuenta con adecuadas condiciones higienicos.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Rocio Carolina Vargas Paz.

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 1.083.866.191 TP. 128256

Celular: 3132040036

Correo electrónico: HSPSICOLOGIAYOTECUIDO@gmail.com.

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 28/06/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
31/05/2024.	Kacteryne Ramos Salazar.	Fondación Social "Yo te Cuido".

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Corregimiento Guacacallo	Tel. Fijo N/A.	Celular 3144728447.
Barrio: Corregimiento Guacacallo.	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Elizabeth Hilagos Samboní Golondrino	25/05/2000	1.083.987.253	N/A	11/08/2023	Comisaría Familia/ Acevedo
2	Yastin Leabedro Samboní Golondrino	15/03/2018	1.077.248.472	N/A	11/08/2023	Comisaría Familia/ Acevedo.
3	Yorvin Smith Ortiz Martinez	13/01/2017	1.084.726.177	2359002416	06/06/2024.	Defensoría Familia Cuarta/ Claudio López
4	Yully Constanza Rojas Vanegas	31/07/2008	1.144.625.522	235	18/06/2024	Defensoría Familia Cuarta/ Claudio López
5	Deissy Alexandra Rojas Vanegas	26/03/2011	1.079.536539	3764113763	18/06/2024.	Defensoría Familia Cuarta/ Claudio López.

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Mediante atención especializado en Nutrición - Dietética, la usuaria Elizabeth Sambon actualmente, avanza en su proceso nutricional con respectivo tratamiento médico Vinculación al sistema educativo de Yorvin Ortiz con fecha 25/06/2024 Las usuarias Yully Rojas y Deissy Rojas actualmente están en proceso a vinculación sistema educativo.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

- Actualmente, los usuarios Elizabeth Samboni y Yastin Samboni no reciben Encuentros Biológicos, por desinterés de los padres biológicos en la fortalecimiento familiar.
- Los usuarios Porvin Ortiz, Deissy Rojas y Yolly Rojas actualmente no cuentan con Encuentros Biológicos, a espera de establecer contacto telefónico y citación mes Junio/2024.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

* El usuario Porvin Ortiz actualmente no cuenta con soportes de atención en Medicina General y certificación documento de Identidad.

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

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

Las usuarias Deissy Rojas y Yully Rojas, actualmente no cuentan con dotación (Personal-Escolar).

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

- En el momento de la visita domiciliaria mes Junio/2024, se evidencia; carpeta en buen estado y actualización documentación con respectivos soportes (Certificación y constancias).
- Se recomienda a la madre sustituta; actualizar "Adres" a usuarios y madre sustituta.

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

En el momento de la visita domiciliaria; se evidencia vivienda en condiciones higiénicas adecuados.

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

- Vinculación al sistema educativo de las usuarias Yully Constanza Rojas Vanegas y Deissy Alexandra Rojas Vanegas
- Se recomienda a la madre sustituta, vinculación de las usuarias Deissy Rojas y Yully Rojas en actividades extracurriculares para el Buen Aprovechamiento del Tiempo Libre.
- Se recomienda a la madre sustituta y equipo del operador, para que la Defensoría de Familia, facilite Documento de Identidad "Tarjeta de Identidad" con el objetivo de avanzar con las atenciones médicas y educativas del usuario.
- Se orienta a la madre sustituta en; solicitar al operador (Dotación Personal y Escolar) de las usuarias Deissy Rojas y Yully Rojas.

Powered by CamScanner

- Se orienta a la madre sustituta, actualizar "Aries" a usuarios y madres sustitutas.

- Se orienta a la madre sustituta asignación citas de control Nutrición – Dietética, Pediatra, Psiquiatria y Psicología para usuaria Elizabeth Semboni.

- Se orienta a la madre sustituta, asignación cita especialidad Psiquiatra Pediátrica y Psicología – Prueba Cognitiva en usuario Postin Samboni.

CLASIFICADO

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Rocio Carolina Vargas Paz	Omaira Diaz Molina.
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1.083.866.191 TP. 128256	CC. 36295884
Celular: 3132040036	Celular: 3144728447
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPROTECCION@gmail.com	Correo electrónico: omairadiaz@gmail.com

Notas:

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

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28/06/2024	CENTRO ZONAL	Pitalito - Huila.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Omaira Diaz Holina

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	✓		1 Completa	0002041448	24/08/2024.
			1 Completa	0002041448	24/08/2024
			1 Completa	0002041448	24/08/2024
			1 Completa	0002041448	24/08/2024
			1 Completa	0002041448	24/08/2024.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	✓		Los elementos AAVN se encuentran almacenados en recipiente plástico, debidamente tapado, en buen estado.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a la madre sustituta, utilizar la AAVN en un periodo de mes Agosto/2024 con la finalidad de aprovechar el alimento en su estado útil.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL

Powered by CamScanner

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

FECHA: 28/06/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Omaira Diaz Molina

CENTRO ZONAL: Pitalito - Huila

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Rodo Vargas

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Dmaira Díaz Holina.

Dirección: Vereda Guacacallo.

FUNDACIÓN SOCIAL

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

Powered by CamScanner

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

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

OBSERVACIONES

En el momento de la visita domiciliaria, la vivienda cuenta con adecuadas condiciones higienicos.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Rocio Carolina Vargas Paz.

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 1.083.866.191 TP. 128256

Celular: 3132040036

Correo electrónico: HSPSICOLOGIAYOTECUIDO@gmail.com.

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 27/06/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
31/05/2024.	Katerine Ramos Salazar.	Fundación Social "Yo te Cuido".

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Transversal 3 # 3a # 125 57	Tel. Fijo N/A	Celular 3203243565
Barrio: Juan Pablo II	Correo electrónico: huequitospa@gmail.com.	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Brayan Estiven Ortiz Guzmán	07/04/2008	1.117.264.916	23510039	24/10/2023	Comisaría de Familia Acevedo.
2	Fabián Guzmán Quiza	22/09/2004	1.003.805.832	23569342	01/02/2018	Defensoría Familia Sexta Javier Cumbe
3	Pedro José Astudillo Bolaños	06/05/2006	1.077.226.739	23599182	02/04/2009	Defensoría Familia Sexta Javier Cumbe.
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Actualmente el usuario Pedro José Astudillo Bolaños, no se encuentra vinculado al sistema educativo, en proceso de vinculación a institución educativa privada, con especialidad en personas con condición de Discapacidad- Dcl. Pendiente cotización de la madre sustituta y entrega formatos para ser enviados a la Defensora de Familia Sexta.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

* Actualmente los usuarios activos, no están en procesos y/o encuentros biológicos, ya que los usuarios Fabián Guzmán y Pedro Astudillo están en proceso Adoptabilidad y el usuario Brayan Ortiz, actualmente la familia extensa, no está interesada en ser parte del fortalecimiento familiar, mediante Encuentros Biológicos.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

En el momento de la visita domiciliario, se evidencia carpetas de usuarios, actualizadas, con soportes de atención vigentes.

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

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

El usuario Pedro José Astudillo Bolaños, actualmente no se encuentra vinculado al sistema educativo, por tal motivo, no cuenta con dotación escolar.

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

En el momento de la visita domiciliaria, se reporta y evidencia, carpeta en buen estado y actualización de soportes al día.

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

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

En el momento de la visita domiciliario, la vivienda se encuentra en remodelación (Pintura), sin embargo se encuentra en Luen estado (Asepcia).

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

- Se recomienda a la madre sustituta y usuario Fabián Guzmán Quiza, vinculación a actividades extracurriculares para el Buen Aprovechamiento del Tiempo Libre. El usuario refiere, no desear participar, por ocupación estudiantil en su pregrado Psicología a Distancia en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia-Unad.

- Se orienta a la madre sustituta; asignación cita de control por Psicología para el mes de Julio/2024 del usuario Brayan Estiven Ortiz Guzmán.

- Se orienta a la madre sustituta, cumplimiento en la asistencia a Psicología el 17 de Julio/2024, por el usuario Fabián Guzmán Quiza.

- Se orienta al usuario Fabián Guzmán, cumplimiento en la cita especialidad Hematología el 26 de Agosto/2024 en la ciudad de Neiva-Huila a las 4:40 p.m.

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

Powered by CamScanner

- Se recomienda a la madre sustituta y usuario; asignación de cita especialidad Neuro-cirugía, efectuando radicación según refiere la madre sustituta.

- Se recomienda a la madre sustituto, asignación de cita especialidad Hematología y Terapias Ocupacionales el 26 de Agosto/2024.

- Se recomienda a la madre sustituto, solicitar al profesional en Pedagogía, certificación de participación a jornadas formativas de los usuarios mes Junio/2024.

- Suministro de alimentos con fecha 29/06/2024 (Carnes - verduras - frutas) con marcación en todos los alimentos.

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Rocio Carolina Vargas Paz.	Yudys Paola Hoyos Osorio
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	Yudys Paola Hoyos Osorio
CC. 1.083.866.191 TP. 228256	CC. 36288105
Celular: 3132040036.	Celular: 3203243565
Correo electrónico: HSPSICOLOGIA@gmail.com	Correo electrónico: huequitos_p@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

FECHA: 27/06/2024.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yudys Paola Hoyos Osorio.

CENTRO ZONAL: Pitalito - Huila

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Rocio Carolina Vargas Paz

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta:

Yudys Paola Hoyos Osorio
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27/06/2024	CENTRO ZONAL	Pitalito - Huila.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Yudys Paola Hoyos Osorio.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	✓		1/4 de I.P.	0002041448	24/08/2024.
			1 Completa	0002041448	24/08/2024
			1 Completa	0002041448	24/08/2024
				0002041448	24/08/2024.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	✓		La AAVN Se encuentra en buen estado, tapado y guardado en recipiente de plástico

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES: Se orienta a la madre sustituta, utilizar la AAVN, en el mes de Julio /2024.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Yudy Paola Hoyos Osorio.	

YO TE CUIDO

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Yudys Paola Hoyos Osorio.

Dirección: Transversal 3 # 3A 12 Sor 57 Barrio: Juan Pablo II.

FUNDACIÓN SOCIAL

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

Powered by CamScanner

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

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

OBSERVACIONES

En el momento de la visita domiciliaria, la unidad de servicio se encuentra en remodelación (Pintura), sin embargo cuentan con buenas condiciones higiénicas.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Lcdo Paola Vargas Paz
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1.083.866.191	**TP.** 178256
Celular: 3132040036.	
Correo electrónico: PSICOLOGIAYOTECUIDO@gmail.com.	

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 28/06/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social Potencia.	Calle 10 # 5-52 B/. Trinidad	3204227379

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Katheryne Ramos S.	1077.441.529	3204227379

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
24/05/2024.	Rocio Carolina Vargas.	T. Social Potencia.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Alvarado	Yoli Andrea.
	Identificación: 1083.887.399.		

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

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

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

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

Dirección: Corregimiento Guacucallo	Tel. Fijo	Celular 3219706291
Barrio: Corregimiento Guacucallo	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Laura Isabel Donado Ruiz	DD/MM/AA 01-10 2010	1144627 702	2359 9723	DD/MM/AA 11/08/ 2023	
2	Sofia Hoyos Chilito.	DD/MM/AA 11-01 2015	1084260 020	2359 9651	DD/MM/AA 21/07/ 2023	
3	Yenny Patricia Tirado Pino.	DD/MM/AA 04-04 2002	1119212 746.	2353 4835	DD/MM/AA 23/11/ 2023	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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

Descripción general de lo encontrado:

En el momento de la visita se evidencia que las usuarias cuentan con afiliación a seguridad social en salud, vinculación sistema educativo. La joven Yenny tiene culmino sus estudios universitarios primer semestre con sus hijos.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

En el momento la usuaria SOFIA CHILITO tiene contacto con su progenitora de manera ocasional. Laura Isabel no tiene contacto con su familia por falta de ubicación de los mismos y la joven Yanny esta declarada en adoptabilidad y reciben seguimiento psicosocial en el operador.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

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

Observaciones:

En el momento del seguimiento se verifica que cada usuario cuenta con la carpeta y la documentación y registros medicos especialidades.

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

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

En el momento se verifica que los usuarios cuentan con las dotaciones mencionadas.

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

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

Observaciones:

Se verifica que la madre solicita cuenta con la carpeta y los soportes de la misma. cuenta con los antecedentes judiciales actualizados segun recomendaciones brindadas.

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

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

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

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

En el momento de la visita la vivienda se encontraba en adecuadas condiciones de aseo y organización.

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

- Se verifica que la madre sustituta halla actualizado. antecedentes judiciales. e inhabilidades. por delito sexual. cumplido.
- la usuaria. Penny Patricia Tinoco. asistio a Dermatología el 14 de junio y Ginecología con orden de seguimiento. y formula medica.
- La niña sofia chiliio tiene pendiente. autorización de terapia rehabilitación funcional. y una ya pediatra para ordenes de terapias ya que estas fueron autorizadas en otra ciudad y se requieren dos veces por semana en el municipio de pitalito.
- la usuaria Laura Isabel Ramos continua presentando comportamientos rebeldes y desafiantes.

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

- Se realiza orientación para mejorar dicha conducta y relaciones en el interior del hogar con la usuaria sofia Chilito. con quien constantemente tiene conflictos.

- No se evidencian riesgos habitacionales.

- Se sugiere a la madre sustituta cederlo los ucemes en salud a todas sus usuarios en los terminos establecidos.

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

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	**Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita**
Cristhyan Ramos Salcedo.	
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 1077421524 **TP.** 2122241027.	**CC.** 1085 887 399
Celular: 3206227374.	**Celular:** 321 970 6291
Correo electrónico:	**Correo electrónico:** rosalia.hondaza.yepes@gmail.com

Notas:

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

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28-06-2024	CENTRO ZONAL	Pitalito.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1	00020148.	24-08-2024.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		La madre sustituta almacena en plastico la Bienestarina tiene media bolsa en el momento.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL

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

FECHA: 28-06-2024.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yoli Andrea Reyes

CENTRO ZONAL: Pitalito.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Fundacion social yo te cuido.

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta:



FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Yoli Andrea Rojas Arteaga.

Dirección: Corregimiento Guacacallo.

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

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

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

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Katerine Ramos Velez.

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 1077-421-529 **TP.** 2122491007.

Celular: 3204227379.

Correo electrónico:

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, se llevo a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio, en las cuales se verifico el cumplimiento en el registro de experiencias, como se relaciona a continuación:

1. Municipio de Pitalito: los días del 20 al 28 de junio del 2024.
2. Municipio de la plata los días del 17 al 28 de junio del 2024,
3. Municipio de Garzón los dias del 24 al 28 de junio del 2024

Neiva – 05 de julio del 2024

Atentamente,

_____ _____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

NOTAS LINA SOFIA TRUJILLO

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Justicia <justicia@elpital-huila.gov.co>
Fecha 2024-06-17 11:07

CERTIFICADO NOTAS LINA .pdf (~645 KB)

Garzón, Huila

Señores

Comisaria de Familia

Pital - Huila

De acuerdo a los compromisos realizados en el reintegro de la NNA LINA SOFIA TRUJILLO TRUJILLO, envio certificado de Notas del presente año.

Anexo Documento.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

PROFESIONAL EN PSICOLOGIA - GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

SOLICITUD DOCUMENTACION NAHARA ZURIETT PEREZ

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Claudio Lopez <Claudio.lopez@icbf.gov.co>
Fecha 2024-06-14 09:37

Doctor

CLAUDIO HERNAN LOPEZ GUTIERREZ

Defensor de Familia

Defensoría de Familia 4

Pitalito Huila

Cordial saludo,

Por medio de la presente y de manea cordial, se solicita a usted como Autoridad Administrativa se pueda informar al operador Fundación Social YO TE CUIDO, las acciones realizadas frente a la documentación necesaria como parte integral del proceso de atención, seguimiento y garantía de los derechos de la niña **NAHARA ZURIETT PEREZ SANDOVAL.**

De acuerdo a lo siguiente:

NAHARA ZURETH PEREZ, no cuenta con PPT, para la respectiva vinculación al sistema educativo y de salud.

Agradecemos de antemano su atención a esta solicitud y quedamos a disposición para cualquier consulta o aclaración adicional que pueda requerirse en relación con este asunto.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

PSICOLOGA T.P 176642 - GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

INFORMACION NICOLAS RODRIGUEZ MANZANO

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Carlos CabreraH <carlos.cabreraH@icbf.gov.co>, Nidia Torresj <nidia.torresj@icbf.gov.co>, ClaudiaM Morales <ClaudiaM.Morales@icbf.gov.co>
Fecha 2024-06-06 17:15

Epicrisis Nicolas Rodriguez.pdf (~11 MB) AUTORIZACION ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO_NICOLAS RODRIGUEZ MANZANO.pdf (~84 KB)
Fórmula médica (1).pdf (~396 KB)

Garzón, 06 mayo 2024

Doctor,

Carlos Cabrera

Defensor de Familia

Defensoría segunda de familia.

Centro Zonal- Garzón-Huila

Por medio de la presente, el equipo de la fundación social yo te cuido, modalidad hogares sustitutos, quiere manifestar la situación presentada a usted como autoridad administrativa del proceso PARD del niño Nicolás Rodríguez, quien, para la fecha del 26 de mayo del 2024, la madre sustituta, la señora FANNY CEDIEL, informa vía telefónica al equipo que: "El niño se encuentra Hospitalizado con Diagnostico Neumonía no especificada". Donde refiere hospitalización para manejo de la misma, se anexa epicrisis del tratamiento durante la estadía hospitalaria.

El día 28 de mayo se solicita acompañamiento hospitalario en horarios de 7:00 am a 7:00 pm con el objetivo de apoyar a la madre sustituta.

Plan de egreso, envía indicaciones médicas y medicamentos para continuar con el tratamiento del niño, incapacidad de 12 días.

Control ambulatorio por pediatría en 5 días, luego del egreso del usuario.

Así mismos es de informar que durante la estadía hospitalaria se realiza seguimiento por parte del equipo con el objetivo de brindar apoyo a la madre sustituta.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Equipo Fundación Social YO TE CUIDO.

Fwd: para informarle la situación

De hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com
Destinatario Equipointer Comisarialaplata <equipointer.comisarialaplata@gmail.com>
Fecha 2024-06-04 16:13

Resumen | Cabeceras | Sólo texto | Descargar todos los adjuntos

Nuevo documento(6).pdf (~448 KB) | Nuevo documento(5).pdf (~1.3 MB) | Nuevo documento(7).pdf (~406 KB)
Solicitud de entrega de medicamentos ordenados por la especialidad de oftalmología oscar.pdf (~67 KB)

Cordial saludo

Me dirijo a ustedes de forma respetuosa en calidad de gestora de caso de la fundación social yo te cuido, para informarles que estoy en espera de la respuesta de acuerdo a lo informado anteriormente con el usuario Oscar Mejía Llanos. ya que no hemos obtenido respuesta alguna.

Espero pronta repuesta

gradezco su atención

Atentamente

Laura Daniela Olcunche Noscue

Gestora de caso de la Fundación social Yo Te cuido.

-------- Mensaje Original --------

Asunto: para informarle la situación
Fecha: 2024-05-27 17:00
De: hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com
Destinatario: Equipointer Comisarialaplata <equipointer.comisarialaplata@gmail.com>

Cordial saludo

Me dirijo a usted de forma respetuosa en calidad de gestora de caso de la fundación social yo te cuido para direccionarle el correo enviado por la madre sustituta, reportando la situación de Oscar mejía, sin embargo, por parte de la fundación y de la gestora de caso se ha realizado las respetivas gestiones para agilizar el proceso de entrega de los medicamentos ya autorizados por la EPS.

Anexo ordenes medicas y gestiones realizadas por parte del operador, estamos a la espera de la respuesta.

-------- Mensaje Original --------

Asunto: Fwd: Nuevo documento(5).pdf and other 2 documents
Fecha: 2024-05-27 14:52
De: Yolima Sanchez <eyolimasanchez@gmail.com>
Destinatario: HSGESTORDECASOPLATA@fundacionyotecuido.com

---------- Forwarded message ---------
De: **Yolima Sanchez** <eyolimasanchez@gmail.com>
Date: vie, 24 de may. de 2024 4:57 p. m.
Subject: Nuevo documento(5).pdf and other 2 documents
To: <equipointer.comisarialaplata@gmail.com>, <HSGESTORDECASOPLATA@fundacionyotecuido.com>

SOLICITUD DE APOYO Y AUTORIZACION

Doctora Eliana muy buenas tardes, me permito informarle que a El adolescente Oscar Mejia en la cita de oftalmologia le enviaron unos medicamentos para sus ojitos fueron autorizados por la Eps Asmet Salud donde fueron direcionados para reclamar a DISCOMEDICA S.A .Me acerque y me informaron que no los habia en el momento y que quedaban en lista de espera.Nuevamente me acerco y me informan que esta carta agotado,que no lo estan produciendo el laboratorio. Envio copia cotizacion de los medicamentos para si los pueden autorizar comprar particular ya que Oscar los necesita urgente

Gracias por la atencion prestada.feliz tarde.

Solicitud de cita con psiquiatría pediátrica

De hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com
Destinatario estimulemos@gmail.com
Fecha 2024-06-04 11:40

Resumen | Cabeceras | Sólo texto

Cordial Saludo

Me dirijo a ustedes de forma respetuosa, en calidad de gestora de caso de la fundación social yo te cuido, con el fin de solicitar una cita para la joven MARIA DE LOS ANGELES BURGOS CABALLERO identificada con tarjeta de identidad #1075801282 quien se encuentra bajo la protección del ICBF del municipio de La Plata H. Quien necesita URGENTEMENTE, una atención con el especialista en Psiquiatría. N. de autorización 8902840500 cantidad 1 de Salud Total. Ella nació el 13 de diciembre del 2011 en Neiva, pero actualmente reside en la calle 3 sur # 9-48 Barrio el portal del municipio de la Plata

Agradezco su pronta respuesta

Atentamente

Laura Daniela Olcunche Noscue
Gestora de caso de la fundación social yo te cuido.

Solicitud de Apoyo Recreativo para la Celebración San Pedrito en Modalidad Hogar Sustituto

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario <educacion@garzon-huila.gov.co>

Fecha 2024-06-17 09:18

SOLICITUD ALCALDIA MUNICIPAL APOYO SAN PEDRITO.pdf (~505 KB)

Garzón, Junio 2024

Señor

ARISMENDY MORA GONZÁLEZ

Secretario de Educación, Deporte, Recreación Cultura y Turismo

Garzón Huila

Estimados responsables de la Secretaría de Educación, Deporte, Recreación, Cultura y Turismo, Me dirijo a ustedes en nombre de la Fundación Social Yo Te Cuido, una organización dedicada al bienestar y desarrollo integral de la comunidad, especialmente de los niños y niñas del municipio de Garzón.

Nos complace informarles que estamos organizando la celebración del San Pedrito en la Modalidad Hogar Sustituto, evento programado para el 19 de junio a las 8:00 am en la Sede Administrativa de nuestra fundación, ubicada en la CALLE 7 # 2E – 03, Barrio Santa Clara. Esta actividad tiene como objetivo principal fomentar el derecho de los niños y niñas a la recreación, el esparcimiento y el aprendizaje cultural, promoviendo nuestras tradiciones y valores huilenses.

En este contexto, deseamos solicitar el apoyo y la participación activa de su Secretaría para enriquecer nuestra celebración. Nos encantaría contar con actividades recreativas, muestras folclóricas y lúdicas que enriquezcan la experiencia de los participantes y fortalezcan el arraigo cultural de nuestra comunidad.

Agradecemos de antemano su consideración y esperamos poder contar con su apoyo para hacer de esta celebración un evento memorable para nuestros niños y niñas.

Quedamos atentos a cualquier información adicional que requieran de nuestra parte.

Cordialmente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

PROFESIONAL EN PSICOLOGIA-GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO - SEDE GARZÓN

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

Agenda:

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

Desarrollo:

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

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

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

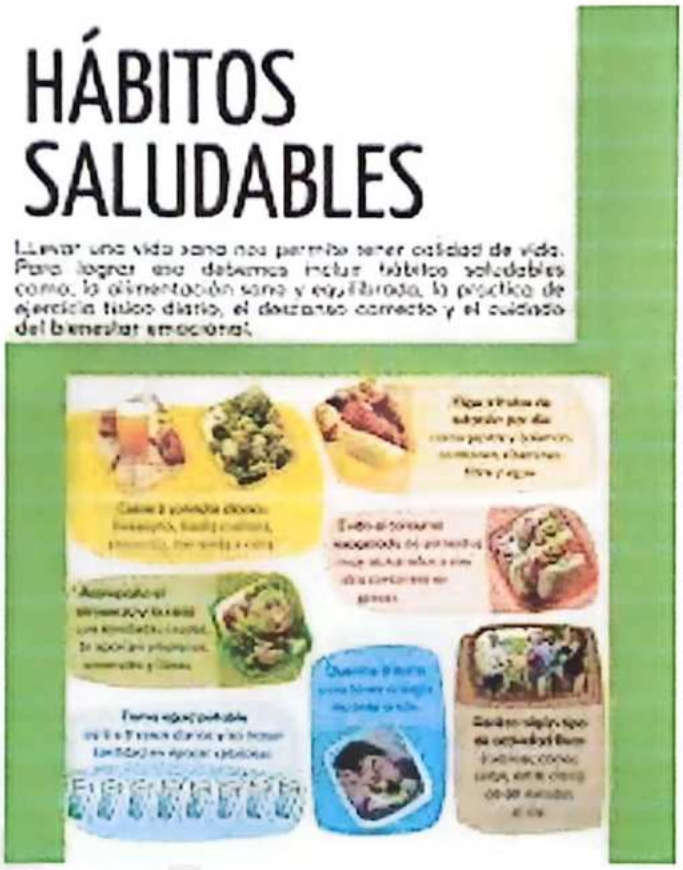
Tomar decisiones correctas sobre la alimentación puede ayudar a tu familia a tener una buena salud. Además, una dieta nutritiva puede favorecer el crecimiento, fortalecer los sistemas inmunológicos y aumentar los niveles de energía. Puede incluso levantar el ánimo y mejorar el rendimiento escolar y laboral.

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

¿Cómo influye la familia en los trastornos alimenticios?

Powered by CamScanner

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



Powered by CamScanner



Planifica la semana

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



Tómate tu tiempo

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



¡No te olvides de la media mañana!

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



Prepara comida casera

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



Conoce tu zona

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



En la variedad está la clave

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



Legumbre: la gran olvidada

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



De beber: agua

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



De acompañante: verdura

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



¡Muévete!

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

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

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

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

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS









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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

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

Agenda:

-Saludo y bienvenida a las familias biológicas.

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

-Realización de actividad rompe hielo

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

-Conclusiones de la reunión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evidencia Fotográfica



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

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

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





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

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

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

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

FIRMA ASISTENTES

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

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

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

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

F8.P1.MI	25/01/2024
Version 8	Pagina 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: _____ FECHA 20 de Junio del 2024

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

DEPENDENCIA LIDER: Gestor de Caso

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Miandis	Yon	12279425								Yonzaver	
2	Albenis Alvira	26592	86								AlbenisAl	
3	Mayory pinchao	1193235262									Mayory	
4	edgar Vargas	1082656416									edgar	U
5	Diana Yizeth	1083911561	madre								Diana yizeth	
6	Jose Lizcano	1080360	padre								Jose Lizco	
7	Heidi Paola A.C.										Heidi ac.	
8	BORJA										BORJA	
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

Radicado N°. 20242100007012142
30 - 05 - 2024 11:18:55 Folios: N/A (WEB) Anexos: 0
Destino: 21000 - Rem/D: LAURA DANIELA OLCUNCHE NOSCUE
Consulte el su trámite, en la pagina de la entidad
Código de verificación: 5a32e

Bogotá D.C., 30 de mayo de 2024

Señores
Superintendencia Nacional de Salud
Ciudad: LA PLATA

Asunto: RADICADO PQRD

Detalles del caso: Cordial saludo
Solicito su colaboración para que me colaboren con la entrega del medicamento para el presente niño Jairo Emir, medicamento necesario para tratar su condición, ya que en repetidas ocasiones se ha solicitado a la EPS y no se ha obtenido respuesta alguna.
agradezco su atención.

¿Tiene orden médica?: Si

¿Ya presentó su reclamo o solicitud ante la EPS o entidad responsable de garantizar los servicios de salud?: Si

Afectado: JAIRO EMIR QUINTERO PENHA
Tipo de identificación: Registro civil
Número de identificación: 1145831001
País: Colombia
Departamento: HUILA
Municipio: LA PLATA
Dirección: calle
Teléfono: 3137164889
Celular: 3137164889
Correo: dayana.diaz@gmail.com

Peticionario: LAURA DANIELA OLCUNCHE NOSCUE
Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1081422281
País: Colombia
Departamento: HUILA
Municipio: LA PLATA
Dirección: Calle 11 B
Teléfono: 3152201069
Celular: 3152201069
Correo: hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com

Datos de la entidad denunciada:
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO - SANITAS

Relacionados con una clínica, hospital o centro de salud:
OTRO Sanitas
Departamento: HUILA
Municipio: LA PLATA

Atentamente: LAURA DANIELA OLCUNCHE NOSCUE
Cédula de Ciudadanía 1081422281

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°05		
Hora: 8:00 AM Y 2:00 PM		**Fecha: 14 Y 17 /06/2024**
Lugar:	**Carrera 1B # 13ª-16 B/ Los Andes Pitalito Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".**	
Dependencia que Convoca:	**GESTOR DE CASO- EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**	
Proceso:	**MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**	
Objetivo:	Fortalecer en las familias la importancia de los "Sentimientos y emociones" con el fin de apropiarse y replicarlo en su vida**.**	

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

1. Saludo

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

2. Desarrollo

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

PÚBLICA

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

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

A través del semáforo se fortalecerán las siguientes emociones:

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

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

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

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

PÚBLICA

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

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

3. Compromisos.

- Queda como compromiso la importancia de que las familias madres y/o cuidadores logren expresar sus propios sentimientos y pensamientos de manera clara y respetuosa, y animarlos a que hagan lo mismo.
- Trabajar el semáforo (rojo parar –ira enojo) –(amarillo-respirar) –(verde continuar una vez esté tranquilo)

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

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

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
LINA MARIA SUAREZ LLANOS	PSICOLOGA.-GESTOR DE CASO	YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	POR CONFIRMAR	POR CONFIRMAR	POR CONFIRMAR

PÚBLICA

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

REGISTRO FOTOGRAFICO





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



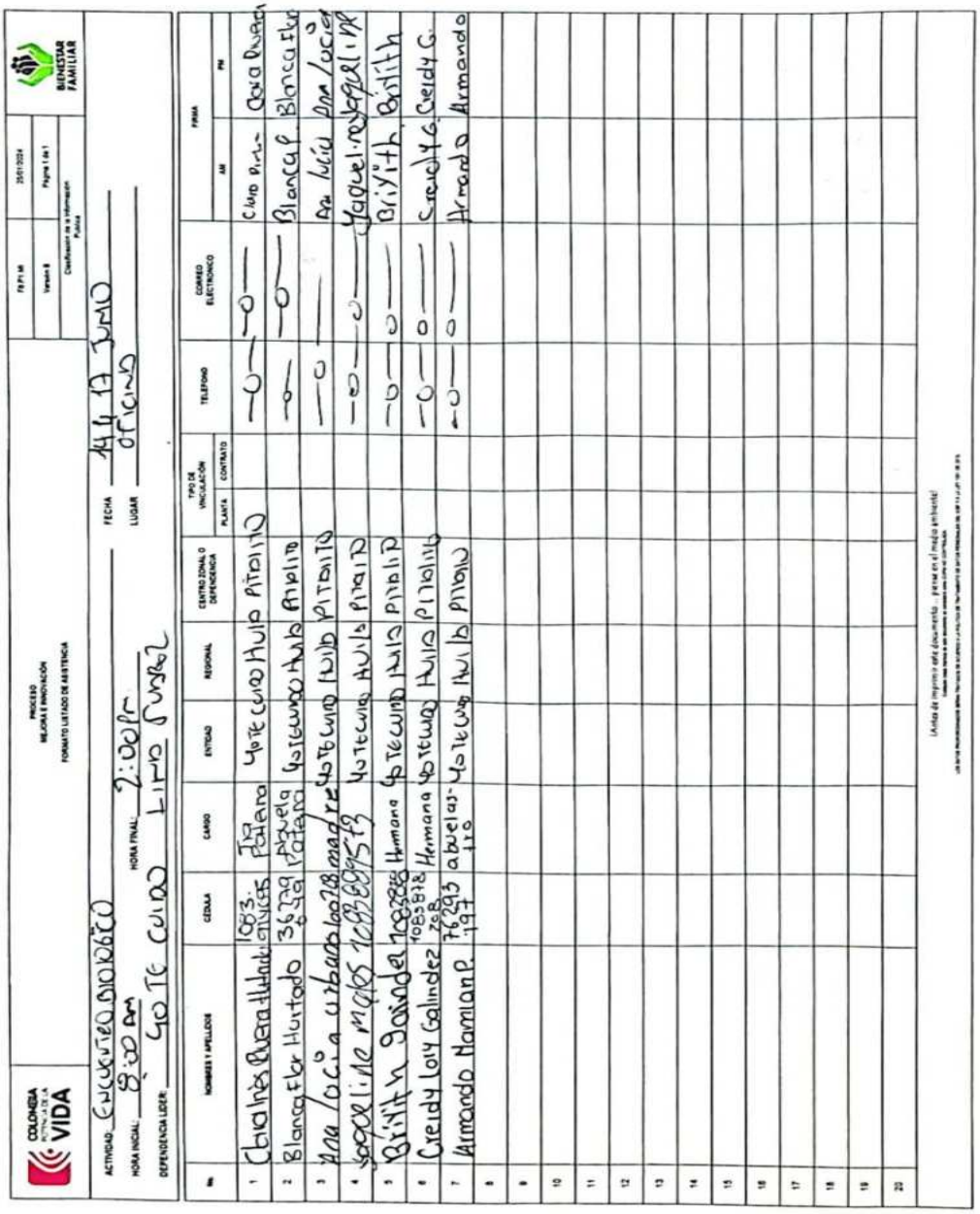


¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

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

LISTADO DE ASISTENCIA



PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

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

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

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

Escaneado con CamScanner

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

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

Fwd: SOLICITUD DE CITA PARA PRUEBA COGNITIVA

De hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com
Destinatario Agendaaprenderips <agendaaprenderips@gmail.com>
Fecha 2024-06-11 11:10

Resumen | Cabeceras | Sólo texto

PDF Scanner 060624 8.42.01 mauricio prueba.pdf (~769 KB)

Cordial saludo

señores de Aprender IPS, me dirijo a ustedes de forma respetuosa en calidad de gestora de caso de la fundación social yo te cuido, para solicitar cita para CRISTIAN MAURICIO VARGAS OME identificado con la tarjeta de identidad #1094919747, para la PRUEBA COGNITIVA cantidad 1

1. Nombre de usuario: CRISTIAN MAURICIO VARGAS OME

2. Fecha de nacimiento: 19 de abril de 2009

3. Documento de identidad: 1094191748

4. Servicio autorizado: PRUEBA COGNITIVA

5. N° autorización: p008 240212716

7. Numero de contacto: *3106284835 O 3152201069*

8. Dirección de residencia: calle 3 sur #9-48 barrio el porta de la Plata H

9. Nombre acudiente/responsable o acompañante: DISNEY GARCIA

10. EPS que se encuentra vinculado: NUEVA EPS

11. Jornada para su atención: Tarde

Agradezco su atención

Atentamente

Laura Daniela Olcunche Noscue

Gestora de caso de la fundación social yo te cuido.

-------- Mensaje Original --------

Asunto: SOLICITUD DE CITA PARA PRUEBA COGNITIVA
Fecha: 2024-06-06 20:41
De: disney garcia gualteros <disneygarcia2017@hotmail.com>
Destinatario: Aprender IPS <aprenderips@gmail.com>
Cc: "HSGESTORDECASOPLATA@fundacionyotecuido.com" <HSGESTORDECASOPLATA@fundacionyotecuido.com>, "hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com" <HSPSICOLOGIAPLATA@fundacionyotecuido.com>

Buenas noches señores Aprender Ips, muy respetuosamente, me dirijo a usted con el fin de solicitarle una cita doble para el joven CRISTIAN MAURICIO VARGAS OME identificado con la tarjeta de identidad #1094919747, para la PRUEBA COGNITIVA cantidad 1 código 930102 con numero de autorización p008 240212716 de la Nueva Eps. joven que se encuentra bajo la protección del icbf del municipio de La Plata H. adjunto copia de la autorización e historia clínica cualquier información al correo electrónico disneygarcia2017@hotmail.com o al wasap 3106284835.
Por su atención prestada y pronta respuesta quedo muy agradecida.

Atentamente,
DISNEY GARCIA GUALTEROS
C.C. 36382703
CELULAR 3106284835