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

1.1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS CONTRATISTA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO CON REPRESENTACIÓN LEGAL DE YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA	**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** **NIT: 901496702-9** **Cédula No.: 36.347.141**
DIRECCION: Calle 21 nº 7a- 20 barrio tenerife **- Neiva . Huila**	**CORREO:** fundacionsocialyotecuido@gmail.com
CONTRATO NO. 41002102024 DE FECHA: 27/03/2024	**FORMA DE PAGO:** El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) un giro de alistamiento durante los primeros 10 días hábiles del mes de abril por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de abril presentando los siguientes documentos: (1) Certificación Bancaria. (2) Aprobación de Garantía. (3) Acta de Inicio y (4) Los exigidos en la resolución 5360 de 2023 que apliquen teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. (ii) Siete (7) desembolsos mensuales vencidos, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique) de los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. (7) Cuenta de cobro o factura (según aplique). (8) Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. (iii) El aporte correspondiente al mes de noviembre, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente. PARAGRAFO PRIMERO: De conformidad a lo establecido en el literal D numeral segundo del artículo 2 de la resolución 3944 de 2022 en la que se establece: "excepcionalmente y previa autorización escrita por parte del supervisor del contrato, se podrá autorizar que, por una única vez, el último desembolso realizado a la cuenta maestra del operador pueda ser girado a la cuenta auxiliar, para que de allí se traslade dicho recurso a una cuenta bancaria del operador en la que maneje recursos propios". (Solo aplica para los contratos que requieran cuenta maestras) PARAGRAFO SEGUNDO: Para el último desembolso en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar el certificado expedido por el supervisor del contrato, de la devolución de los bienes muebles devolutivos adquiridos durante la ejecución del contrato, con recursos del ICBF, adjuntando copia del (los) comprobante (s) de ingreso al almacén del ICBF de dichos bienes y acta de devolución y recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios con el paz y salvo por todo concepto de servicios públicos, impuestos, tasas, contribuciones, valorización, etc. PARAGRAFO TERCERO: Para el informe de atención a usuarios (as), se utilizará el criterio del valor cupo/mes en relación con los conceptos de cupo utilizado y no utilizado. Por los días de ingreso y egreso de cada usuario (a) se reconocerá el valor correspondiente a medio día. PARÁGRAFO CUARTO: Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento de cada mensualidad, una vez se cuente con disponibilidad del
PERIODO DE EJECUCIÓN: Del 01 al 31 DE AGOSTO DEL 2024	**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** 2.060.112.058
NUMERO DE CUENTA: 454-000044-79	**ENTIDAD BANCARIA:** BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: AHORRO X	**PAGO NO: 05 / 08**

2. INFORMACION FINANCIERA

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

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

4. . DATOS DEL SUPERVISOR

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

Cumplimiento de Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión (i)	Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)	Observaciones (iv)
EJE DE CALIDAD			
1) Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios	**SI**	Acta de reunión y listado de asistencia (Formato Asistencia, Reunión y Capacitación). Primer informe de supervisión y cuando se realice cambios en el talento humano carácter técnico misional	El día 15 de julio del año 2024 se llevo a cabo encuentro jornada de inducción para los profesionales que ingresaron a hacer parte del equipo de la modaldiad para los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata : 1. Auxiliar administrativa - Municipio de la PLata 2. Auxiliar administrativo - Municipio de Garzon 3. Equipo Psicosocial, gestor de caso y auxiliar administrativa del munciipio de la plata 4. Coordinadora. Durante este Jornada se socializo las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE); de igual manera se dio a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios. Po lo anterior, se anexa listado de acta de jornada de inducción y listado de asistencia a la jornada
2) Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio.	**SI**	Ficha técnica, resultados de la encuesta y soportes Según lo determinado por el supervisor	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de agosto del 2024, se aplico encuestas de satisfacciona a los usuarios de los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata, a fin de identificara las acciones de mejora para mejorar la perseccion frente al trabajo relaizado por la fundacion social yo te cuioo, es asi que se anexan la sisguiente informacion: 1. XXXX Encuentas de satisfaccion municipio de Pitalito 2. XXXX Encuestas de satisfaccion municipio de Garzon 3. 11 Encuestas de satisfaccion en el municipio de la plata.
3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio.	**N/A**	Acciones y oportunidades de mejora. Formato 2 (Formato Acciones de Mejora v2). En cualquier seguimiento de la supervisión	Par el presente periodo la fundacion social yo te cuido no recibio ninguna accion de mejora por parte del ICBF, ni ninguna entidad. Sin embargo, una vez se llege a presentar alguna situacion la fundacion estara presta a dar respuesta a cualquier solicitud.
4) Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto contractual.	**SI**	Actas de apertura del buzón de sugerencias.	El FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO anexa las actas de apertura del buzon de sugerencias por cada municipio (GARZON, PITALITO, LA PLATA) en el mes de agosto; asi como, los soportes de envio de dicha informacion a los supervisiores del contrato.
EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION			

1) Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato	**SI**	<u>Al inicio del contrato</u> Compromiso de confidencialidad. Formato 5 (Formato Compromiso de Confidencialidad v6) Para dar cumplimiento a esta obligación contractual se debe suscribir un compromiso de confidencialidad entre el ICBF y el representante legal de la empresa contratista u operador social, este compromiso únicamente lo firmará el representante legal de la empresa contratista u operador.	Una vez se dio inicio al contrato de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, se procedió a la firma del formato de confidencialidad por parte de todo el talento humano dispuesto para la prestación del servicio. Del mismo modo, la representante legal de la fundacion realizo firma y entrega dle compomiso de confidencialidad de la informacion par el presente contrato.
2) Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato	**SI**	<u>En el momento que se materialice un incidente.</u> Reporte de incidentes de Seguridad de la Información. Formato 6 (Formato Reporte de Incidentes de Seguridad de la Información v2)	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, no se presento ningún incidente de seguridad que pudiera afectar la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
3) Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este.	**SI**	<u>Al inicio del contrato</u> Plan de recuperación y contingencia. Formato 25 (Formato Plan de Recuperación y Contingencias v2)	La fundación social yo te cuido durante el primer informe de ejecucion presentado en el mes abril del año 2024, cargo el plan de recuperación y contingencia ante la presencia de cualquier evento que pueda afectar el cumplimiento de la ejecución del contrato. Es asi que durante el presente periodo no se presento ninguna situacion que pusiera en riesgo la seguiridad de la informacion; por lo anterior, se anexa certificacion emitada por la representante legal.
4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato.	**SI**	<u>Segundo y último mes de ejecución.</u> Certificación de cumplimiento firmada por el supervisor del contrato. Formato 4 (Formato Cumplimiento de Política de Seguridad de la Información v3) Formato 43 (Formato Seguimiento Cumplimiento Controles Seguridad Información Proveedores Servicios Tecnológicos v1).	Para el presente periodo la fundacion socail yo te cuido remitio a las supervisoras del contrato toda la infomacion relacionada con el cumplimiento del eje de seguridad de la informacion. Por lo anterior, se cuenta con certificado de cumplimiento firmado por las coordinadororas del ICBF centros zonales de los muncipios de Garzon. Pitalito y la Plata.
EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
1) Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente	**SI**	Formato 26, Evidencia: Certificación de designación del representante de Seguridad y Salud en el Trabajo. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido cuenta con un representante en seguridad y salud en el trabajo quien cumplen con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente . Se anexa formato F26, El cual certifica el cumplimiento de dicha obligación.
2) Presentar matriz con la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato.	**SI**	Formato 27, Evidencia: Matriz identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, CENTROS ZONALES: , La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido cuenta con una matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato. Se anexa formato f27 totalmente diligenciado. De igualmanera durante el presente periodo, no se presento ninguna situacion de peligro frente a la seguridad y salud en el trabajo que afectara la integridad del talento humano de la fundacion social yo te cuido. Por lo anterior, se anexa certificado emitido por la represenatnte legal.
3) Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.	**SI**	Formato 1, Evidencia: Listado de Asistencia y acta de reunión, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Par el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de agosto del año 2024 se llevo a cobo induccion al puesto de trabajo de las profesionales que ingresaron a hacer parte del equipo de Trabajo de la fundacion social yo te cuido: 1. Auxiliar administrativa - Municipio de la PLata 2. Auxiliar administrativo - Municipio de Garzon 3. Equipo Psicosocial, gestor de caso y auxiliar administrativa del munciipio de la plata 4. Coordinadora.
4) Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades.	**SI**	"Formato 28 Formato 29. Evidencia: Matriz de entrega y elementos de protección personal debidamente firmada por cada trabajador, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad."	Durante el presente periodo se realizo entrega de tapabocas y alcohol a los profeisonales de los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata, a fin de garantizar que estos cueten con los elemntos basicos de proteccion integral. Se anexa formato 29, matriz de entrega de elementos de proteccion personal.
5) Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato.	**SI.**	Certificado Médico Ocupacional, Evidencia: Certificado médico ocupacional de cada trabajador, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo de ejecución se solicito al talento humano que ingreso a hacer parte de la modalidad la entrega del examen ocupasional de ingreso. Por lo anterior, se anexa examen ocupacionales del talento humano vinculado para esta contratación, dando cumplimiento con la obligación contractual, los cuales se relacionan a continuacion: 1. Auxiliar administrativa - Municipio de la PLata 2. Auxiliar administrativo - Municipio de Garzon 3. Equipo Psicosocial, gestor de caso y auxiliar administrativa del muncipio de la plata 4. Coordinadora
6) Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.	**SI**	Formato 32, Evidencia: Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se anexa el formato de la Elaboración Plan de Emergencias y Simulacro .F32.G7.ABS
EJE DE GESTION AMBIENTAL			

1) Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad.	**SI**	Formato 33, Evidencia: Informe donde se describan las buenas prácticas ambientales implementadas junto con registro fotográfico. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se anexa formato de certificación y cumplimiento de la política ambiental y buenas prácticas ambientales del ICBF formato N° F33.G7.ABS.
2) Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio	**SI**	Copia del acto administrativo del permiso y/o autorización, estudios ambientales, caracterizaciones de vertimientos, mantenimientos, compensaciones, entre otras.	La Fundación social yo te cuido cuenta con los conceptos higiénicos sanitarios vigentes para las asedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, la Plata Y Pitalito. Por lo anterior, se anexa conceptos sanitarios.
3) Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente	**SI**	Formato 35, Presentar semestralmente, Evidencia: Matriz de compatibilidad, inventario de productos químicos, hojas de seguridad, lista de chequeo manejo seguro de sustancias químicas. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se evidencia formato del ICBF F35.G7.ABS manejo adecuado de productos químicos y/ combustibles.
4) Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente. (aplica solo en caso de que se manejen combustibles en la unidad de servicio).	**N/A**	Formato 37 Presentar semestralmente, Evidencia: Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. CENTROS ZONALES: , La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el presente periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del 2024 la fundación social yo te cuido no realizo transporte y manejo de combustibles, ado que no se reaquieren para la utilizados durante la prestación del servicio
5) Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato.	**N/A**	Formato 37 Presentar semestralmente, Evidencia: Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024 desde la fundacion social yo te cuido no requirio manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos dado que estos no se generan en la ejecución del contrato.
6) Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados.	**SI**	Formato 38, Presentar semestralmente, Evidencia: Informes de mantenimiento y limpieza, así como, Certificaciones de disposición final de residuo si aplica. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	la fundación SOCIAL YO TE CUIDO no cuenta con infraestructura que tenga trampas de grasa ni planta de tratamiento de agua.
7) Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente.	**SI**	Formato 39 Formato 40 El plan de saneamiento al inicio del contrato, y los registros serán entregados trimestralmente, Evidencia: Plan de Saneamiento y registros de cumplimiento. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata tiene su propio plan de saneamiento básico el cual esta diligenciado en el formato F39.G7.ABS y F40.G7.ABS
Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE GENERAL			
1) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio correspondiente al periodo vigente CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a cada una de las actividades establecidas en el presente contrato, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, zonas de incidencia del mismo; es así que se adjunta certificación emitida por la representante legal en la cual consta el cumplimiento de los compromisos. Entre las cuales se encuetra. 1. Seguimientos y evoluciones a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad. 2. Talleres y capacitaciones a usuarios, madres sustitutas y familias biologicas. 3. Visitas a las unidades de servicio. 4. Entrega de informes y solicitudes recibidas desde el ICBF.
2) Cumplir con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio de los CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a las acciones enmarcadas en el objeto contractual en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, aplicando de manera correcta y satisfactoria los lineamientos, guías técnicas y manuales operativos establecidos para la modalidad Hogar Sustituto.
3) Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias y dar aviso inmediato al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución y proponer alternativas de solución.	**SI**	Plan de Contingencia- registro de correos electrónicos informando a la Supervisora del Contrato sobre Evasiones si se han presentado durante el mes. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, en el municipio de Garzon se presentaron dos abandonos irregulares, se adjunta evidencia de reporte a la autoridad administractiva y supervisora del contrato. En cuanto el municipio de la Plata y Pitalito no se presentaron casos de abandono irregular.
4) Presentar información, y soportes que den repuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato	**SI**	Acta o actas de visita y/o comunicación, (si aplica), o certificación. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo la fundación social yo te cuido no recibió ningún requerimiento por parte de los entes de control frente a la calidad de la prestación del servicio; por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.

5)) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato.	**SI**	Reporte de fotografía del archivo de los anexos de historia de atención. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. verificación en sitio	En las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar sustituto, ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la plata, se han dispuesto los medios necesarios para salvaguardar la información y custodia de las carpetas e historias de atención de los niños, niñas, adolescentes, familias sustitutas y talento humano. por lo anterior, certificación emitida por la representante legal.
6) Atender durante la ejecución del contrato, los requerimientos, instrucciones y recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.	**SI**	Reporte respuestas de los requerimientos y/o recomendaciones realizadas por el ICBF. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	En el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, el operador Fundacion Social Yo te Cuido, remitio respeusta de requerimiento del presunto incumpliminto del municipio de Garzon el dia 13-08-2024, del municpio de Pitalito el dia 15-08-2024. Se adjunta como evidencia correo electronico.
7)) Entregar oportunamente, al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en la ejecución del contrato cuando así se requiera	**SI**	reporte o respuesta de informes, a las solicitudes formuladas (si aplica). CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, se envio de manera oportuna a los supervisores del contrato la siguiente informacion: * Base de datos modalidad Hogar sustituto * reporte de acciones de daño antijuridico Por lo anterior se anexan correos de envio de informacion.
8) Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo "Buenas Prácticas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente	**SI**	Certificación emitida por el representante legal. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo del presente informe desde la fundación social yo te cuido se ha cumplido a cabalidad en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata, con las disposiciones establecidas en el capitulo de buenas practicas en la gestión contractual. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta del cumplimiento de dicha obligación.
10) Abstenerse de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso, y notificando a la supervisión y autoridades competentes cualquier hecho que se relacione con estas conductas.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que NO recibió o solicitó cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso	Desde la fundación social yo te cuido no se ha recibido o solicitado ninguna dadiva o beneficio en el proceso de gestión y desarrollo del proceso de atención de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta que no hemos estado expuestos a solicitudes relacionadas.
11) El contratista se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejando constancia de su compromiso para brindar un trato respetuoso buscando generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y se comprometen a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colabores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y 31 de julio del 2024, desde la fundación social yo te cuido se ha asumido practicas de buen trato para con el talento humano, las madres sustitutas, familias biológicas y usuarios que hacen parte de la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata. Teniendo en ciento lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
12) Constituir y cargar en SECOP las garantías requeridas dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato.	**SI**	soportes cargue de información en el SECOP II	La fundación social yo te cuido cumplido con el cargue de información correspondiente a la suscripción del contrato en los tiempos definidos con los soportes e información requerida. Se anexa pantallazo, del cargue oportuno de la información.
13) Promover acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que esta realizando acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, desde la fundación social yo te cuido con el apoyo de los equipos psicosociales dispuestos para la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata se han implementado acciones para vincular a la familias y redes vinculares a las atenciones implementadas desde la modalidad. Por lo anterior se han llevado las a cabo las siguuientes acciones: ENCUENTROS BIOLOGICOS: + Garzon: 18 y 19 de julio del 2024 + Pitalito: 26 de julio del 2024 + La Plata: 31 de julio del 2024. Por otra parte, se llevo a cabo talleres de fortalecimiento a las familias biologicas en estas mismas fechas a fin de potencializar las capacidades, tratando la tematica de Buenas practicas de salud en familia y manejo de emociones.
. 14) Reportar por escrito y de forma inmediata al supervisor cualquier novedad o anomalía en la ejecución del contrato.	**SI**	certificación emitida por el representante legal	Durante el presente periodo no se presento ninguna novedad y anomalía que pudiera afectar la prestación del servicio en los municipios de Garzón Pitalito y la plata; sin embargo, de llegarse a presentar cualquier situación esta será reportada por los coordinadores de la modalidad de manera inmediata a la supervisión del contrato. por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual conta que no se ha presentando ninguna novedad.
15) Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato.	**SI**	reporte certificación donde el Operador registre el cumplimiento de todas las demás obligaciones relacionadas con la naturaleza del contrato	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de julio del 2024 se dio cumplimiento a todas las orientaciones y dispocisiones relacionadas con la naturaleza del contrato a fin de dar cumplimiento con las acciones y atenciones requeridas.
Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (di)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE TECNICO			

1. Atender 118 cupos en la modalidad Hogar Sustituto para la población: Vulneración 95 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito y Discapacidad 23 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por los centros zonales y/o regionales, según aplique.	**SI**	MENSUAL: CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. 1.Planillas de atención mes a mes enviadas al ICBF 2.Correo electrónico de reporte de cupos a autoridad administrativa asignada. 3. Certificado de cupos firmado por el Representante Legal. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del 2024, se atendieron un total de 103, niños, niñas y adolescentes; discriminados de la siguiente manera, según centro zonal: 1. Centro zonal Garzón: 35 cupos Vulneración: 28 Cupos Discapacidad: 07 cupos 2. Centro zonal Pitalito: 31 cupos Vulneración: 20 cupos Discapacidad: 11 cupos 3. Centro zonal la Plata: 37 cupos Vulneración: 32 cupos Discapacidad: 05 cupos Por lo anterior, se anexa planillas de reportes de los cupos atendidos y el correo donde se reporto debidamente la información a las supervisoras del contrato, así como certificación emitida por la representante legal.
2) Adelantar las acciones del proceso de atención en el marco de la Propuesta de Implementación y Cualificación aprobada.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Concepto de aprobación y copia del PAI vigente. Revisión de manera mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. Revise el informe mensual de prestación del servicio y verifique que el operador registre que se desarrollaron las acciones del proceso de atención, de acuerdo con lo definido en la Propuesta de Implementación y Cualificación PIYC aprobada.	Durante el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes actividades las cuales estaban enmarcadas dentro de los coronogramas establecidos para el desarrollo de la prouesta de implementacion PIYC, en los municipio de Garzon, Pitalito y la Plata: 1. Encuentros biologicos y Fortalecimiento a familias biologicas - Tratando la tematica escucha activa y roles fraternos : + Garzon: 18 y 19 de julio del 2024 + Pitalito: 31 de julio del 2024 + La Plata: 26 de Julio del 2024. 2. Fortalecimiento a familias sustitutas: Encuentro formativo frente a la atencion efectiva frente a situaciones de crisis; + Garzon: 17 de julio del 2024 + Pitalito: 31 de julio del 2024 + La Plata: 22 de julio del 2024. 5. Jornada recreativa - Colombianidad : la plata: 31 de julio del 2024 Garzon: 31 de julio del 2024 Pitalito: 31 de julio del 2024 6. Taller de fortalecimiento a Talento humano - sobre liderazgo : la plata: 24 de julio del 2024 Garzon: 22 de julio del 2024 Pitalito: 24 de julio del 2024
3) Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención que cumpla con los criterios establecidos en los documentos técnicos vigentes del ICBF	**SI**	VERIFICACION EN SITIO y Certificado que de constancia del cumplimiento de esta clausula por parte del representante legal	Durante el presente periodo la fundacion social yo te cuido se garantizo que todos los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad Hogar Sustituto cuenten con sus respectivas historias de atención con documentación y seguimientos actualizados según cronograma establecido para cada mes. Teniendo en cuenta, lo anterior para el periodo comprendido entre el 01 el 31 de julio del año 2024 se aperturaron historias de de atencion, discriminadas de la siguiente manera: Municipio de Garzon: 4 historias de atencion - vulneracion Municipio de la Plata: 6 historias de atencion - vulneracion Municipio de Pitalito: 2 historias de atencion - vulneracion De igual manera para el presente periodo se dieron 9 egresos: Municipio de Garzon: 6 Municipio de la Plata: 3 Municipio de Pitalito: 0
4) Implementar el registro de experiencias según lo establecido en los lineamentos y manual operativo de la modalidad	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR, diligenciado para cada una de las unidades de servicio activas en las sedes , Pitalito y La Plata.	El periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del 2024 se llevo a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio: 1. Municipio de Pitalito: los días 29,30,31 de julio del 2024. 2. Municipio de la plata: los días del 08 al 30 de julio del 2024, 3. Municipio de Garzon: los días 29,30,31 de julio del 2024 Jornadas en las cuales se verifico las condiciones de las unidades de servicio. Jornadas en las cuales se verifico el registro de experiencias de cada madre sustitututa con las acciones desarrolada dentro del hogar con cada uno de los usuarios. Por lo anterior, se anexa Formato F14, Donde se evidencia las situaciones encontradas en las unidades de servicios; Del mismo modo, se remite certificacion emitida por la representante legal en la cual se da el aval de las acciones realizadas.

5). Cumplir con el componente de alimentación y nutrición, acorde con lo establecido en los documentos técnicos, manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto, memorandos, requerimientos y/o directrices que emita el ICBF	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio *Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal.	Durante el periodo comprendido del 1 a 31 de julio del 2024, se llevo a cabo todas las acciones establecidas en el componente de salud y nutrición acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos; es así que la representante legal certifica el cumplimiento de dichas acciones.
6). Garantizar a los beneficiarios, los elementos de dotación personal, escolar, acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos y los tiempos y cantidades establecidos en el manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto.	SI	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal	Durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de julio del 2024, desde la fundación social yo te cuido se ha garantizado la entrega de los elementos correspondientes a dotación personal y escolar acorde a los tiempos establecidos en los lineamiento técnicos del ICBF. * Dotaciones iniciales: 11 Garzón: 4 Pitalito: 2 La plata: 5 2. Dotaciones Ludicas: 3 Pitalito: 1 La plata: 2 3. Dotaciones escolares: Garzón:6 Pitalito: 1 La plata: 1
7) informar y articular con la autoridad administrativa las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento de esta obligación por parte del representante legal	En el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024 la fundación social yo te cuido realizo articulaciones con las entidades del sistema Nacional de Bienestar Familiar a fin de garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características", como se relaciona a contunuacion: 1. MUNICIPIO DE GARZON: * solicitud a Autoridad Administrativa de informacion frente a las acciones realizadas para la documentación necesaria como parte integral del proceso de atención, seguimiento y garantía de los derechos de la niña N.Z.P.S. L. para la respectiva vinculación al sistema educativo y de salud. * Apoyo en solicitud de certificado escolar de la niña L.Y. A.P. * Solicitud a la autoridad administrativa, en garantía de los derechos de la niña K.C., quien a no cuenta con registro civil en razón de no contar con el certificado de la institución educativa a la cual se encuentra asistiendo. * Solicitud de documentación "TARJETA DE IDENTIDAD" y las acciones adelantadas para la vinculación de L. A. S. V. al sistema educativo y de salud en el municipio de Garzón. * Autorización de acompañamiento hospitalario permanente para la usuaria S. N. M. V. *Actualización de los datos en la EPS MALLAMAS de la usuaria L.Á.S.V, * Solicitud de portabilidad L. A.S.V * Solicitud de portabilidad S.A. B * Solcitud tarjeta de identidad L.A.S.V. * solicitud a la autoridad administrativa para la Autorización de viáticos y desplazamiento del usuario A.F.P.B. para cita de psiquiatría Pediátrica. * Solicitud de asignacion de cita usuario J. D.V.S. * Solicitud de portabilidad C.G. M. *
8) Realizar acciones mensuales donde se evidencien las gestiones para la vinculación de los beneficiarios en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y cumplir con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas trimestrales.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	La FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO en el periodo del presente informe realizo acciones a fin de realizar la vinculación de los usuarios de la modalidad Hogar sustituto en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y dar cumplimiento con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas; por lo anterior, se anexa certificación firmada por la representante legal.
9) Realizar acciones para que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participe en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y adecuando el cronograma de visitas de acuerdo con los tiempos disponibles de las familias.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO * Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	Durante el periodo comprendido entre el 1 al 31 de julio del 2024, la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO llevo a cabo acciones para permitir que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participen en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y ajustando los tiempo acuerdo con la disponibilidad de las familias; entre las cuales se evidencian: 1. ENCUENTROS BIOLOGICOS + Garzon: 18 y 19 de julio del 2024 + Pitalito: 31 de julio del 2024 + La Plata:26de julio del 2024. 2. Fortalecimiento a familias biologicas sobre Fortalecimiento escucha activa y roles paternos. + Garzon: 18 y 19 de julio del 2024 + Pitalito: 31 de julio del 2024 + La Plata:26 de julio del 2024.
10) Contar con mecanismos de control dentro de los hogares sustitutos para asegurar que los medicamentos estén fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes y se suministren de acuerdo con lo indicado en la fórmula médica expedida por la EAPB, Lo anterior, debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto. Además, que no tengan acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego y demás materiales con lo que se pueda atentar contra con su integridad personal o la de los demás. Lo anterior. debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto	**SI**	VERIFICACION EN SITIO Certificado de cumplimiento por el representante legal.	Para el presente periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del 2024 la fundación social yo te cuido brindo orientaciones a las madres y padres sustitutos para la atencion efectiva frente a situaciones de crisis niños, niñas o adolescentes.
11) Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos, y las evidencias deben reposar en el anexo de la historia de atención de cada uno según corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a la modalidad	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Evidencia de socialización de la Guía de Orientaciones al talento humano (actas, listado de asistencia, registro fotográfico). *Pantallazo del envío del reporte de eventos si se han presentado en el mes. *Pantallazo de lo registrado en el espacio de acciones realizadas y registradas dentro de la matriz del reporte de eventos. * Certificado de cumplimiento por el representante legal.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del 2024 no se presentan situaciones de riesgo al interior de las unidades de servicio de la modalidad hogar sustituto; por lo anterior, se remire certificación emitida por la representante legal donde consta dicha situación.
12). Presentar soporte de entrega del plan de acción vigente en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico a la Dirección Regional, así como las acciones y estrategias adelantadas para tal fin.	**SI**	Al inicio del contrato Documento plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico*Plan de Prevención y soporte de envió *Verificado de cumplimiento por el representante lega. Elaborar el plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico y entregarlo al supervisor del contrato durante el primer mes de ejecución del presente contrato.	Para el primer periodo de ejecucion llevado a cabo en del mes de abril del año 2024 la fundación social yo te cuido remitio Matriz Plan de Acción Prevención del Daño Antijurídico correspondiente al presente contrato, la cual fue revisada y aprobada por la lider encargada de dicho tramite. Así mismo, se adjunta soporte de envió y aprobación del mismo por parte de la supervisora del contrato y correo de solicitud de asistencia técnica.

[redacted]

13) Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la modalidad de acuerdo con lo establecido en el Política de Prevención del Daño Antijurídico.	**SI**	Reporte de eventos *Certificado de cumplimiento por el representante legal	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, no se presentaron eventos de daño antijuridico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de Garzon, la Plata y Pitalito. Se anexa correo de reporte al enlace de daño antijuridico de la regional.
14) Presentar al supervisor de contrato una propuesta de la entidad para llevar a cabo de manera permanente, la difusión y apertura de nuevos Hogares Sustitutos. La propuesta debe contar con indicadores, responsables y un cronograma mensual de actividades para este fin de parte del operador; así mismo, la entidad deberá apoyar a la Dirección Nacional y Regional del ICBF, así como a los coordinadores de los centros zonales de la regional donde ejerce su jurisdicción, en el proceso de convocatoria, difusión de la modalidad y conformación de nuevos hogares sustitutos según lo establecido en el manual operativo de la modalidad, para contar con el número de familias sustitutas requeridas, según los cupos contratados, teniendo en cuenta las tablas de ubicación máxima por unidad de servicio del manual operativo de la modalidad, garantizando así la adecuada atención de los niños, niñas y adolescentes.	**SI**	*Informe mensual de prestación del servicio. *Evidencia del proceso de convocatoria y difusión de la modalidad realizado durante el mes. * Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	La fundación social yo te cuido en el mes de julio del año 2024 llevo a cabo acciones de convocatoria y difusión de la modalidad hogar sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata; por lo anterior, se a la adjunta las evidencia del proceso de convocatoria: LA PLATA: El dia 29 de julio del 2024, jornada de divulgacion de la modalidad GARZON: El dia 28 de julio del 2024, jornada de divulgacion de la modalidad.. PITALITO: El dia 29 de julio del año 2024,jornada de divulgacion de la modalidad.
15) Elaborar y mantener actualizadas todas las bases de datos de los hogares sustitutos de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad.	**SI**	Base de datos actualizada con corte al mes pertinente. *Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, desde la fundación social yo te cuido se realizó la actualización de la base de datos de los Hogares Sustitutos ubicados en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata; es asi que a la fecha del presente informe encontramos las siguientes unidades de servio en cada municipio: * Garzon: 13 + Pitalito: 10 * La plata:11
16) Cumplir con el proceso de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas, presentando para ello al supervisor del contrato un cronograma semestral con fechas, responsable e indicadores, en donde se incluyan todas las temáticas establecidas en el manual operativo de la modalidad.	**SI**	Al inicio de contrato y cada seis meses durante la ejecución Documentos que den cumplimiento a la obligación Verifique que el operador cuente con soporte de entrega del cronograma semestral de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas	La fundación social yo te cuido realizo actividades de fortalecimiento familiar con las madres sustitutas en el mes de julio del año 2024, po lo anterior, se desarrollo jornadas de Fortalecimiento a familias sustitutas: Encuentro formativo frente a la orientacion pfrente a la atencion efectiva en sistuaciones de crisis; + Garzon: 17 de julio del 2024 * Pitalito: 31 de julio del 2024 + La Plata: 22 de julio del 2024.
17)) Participar en los espacios de fortalecimiento técnico de la modalidad Hogar Sustituto a los cuales sea convocado por las Autoridades Administrativas, el Centro Zonal, la Regional o la Sede Nacional del ICBF.	**SI**	Certificación emitida por el representante legal	Durante el mes de julio de 2024 la Fundación social yo te cuido participo activamente en05 convocatorias realizadas por el ICBF: * 11 de Julio 2024 - Asistencia tecnica virtual frente a identificacion de tipos de violencia sexual y rutas de atencion que permitan prevenir estos eventos. * 23 de julio del 2024 - Asistencia Tecnica Modelo de atencion en el municipio de Garzon. * 15 de julio del 2024 - Aclaraciones sobre componentes tecnicos, administrativos y financieros de la modalidad en el municipio de la Plata. * 16 de julio del 2024 - Aclaraciones sobre componentes tecnicos, administrativos y financieros de la modalidad en el municipio de Garzon. * 24 de julio del 2024 - Aclaraciones sobre componentes tecnicos, administrativos y financieros de la modalidad en el municipio de Pitalito
18) Presentar al supervisor de contrato al inicio del contrato y de manera trimestral, un cronograma de lo que se denomina en el manual operativo de la modalidad: "semana de proyecto familiar" de cada uno de los Hogares Sustitutos que administra, con nombres de la madre o padre sustituto, fecha en que se tomará la semana de proyecto familiar, observación de si la semana se toma con los beneficiarios ubicados o no, todo esto con el fin de organizar este espacio de las familias sustitutas	**SI**	Documentos que den cumplimiento a la obligación-Verifique que el operador cuente con soporte de entrega del cronograma de semana de proyecto familiar.	La fundación social yo te cuido cuenta con un cronograma para el desarrollo trimestral de actividades encaminadas a la semana del proyecto familiar, en cada uno de los hogares sustitutos
19) Elaborar e implementar un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad y Manual Operativo de la modalidad Hogar sustituto.	**SI**	Documentos que den cumplimiento a la obligación	Durante el mes de julio la fundación social yo te cuido lleva a cabo todas las acciones enmarcadas en los cronogramas, es así que se evidencian cronogramas de actividades desarrolladas por el equipo de talento humano por cada munciipion de atencion, en el cual se evidencia el desarroolo de las siguientes actividades: * Seguimiento a usuarios de la modalidad * jornadades de fortalecimiento familiar a familias sustitutas y familias biologicas * jornadas de diculgacion de la modalidad * visita a unidades de servicio * talleres con usuarios y actividades de fortalecimiento del pryecto de vida.
Cumplimiento de Obligaciones Administrativas del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE ADMINISTRATIVO			

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

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

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

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

[illegible]

1. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio: Relación de datos de puntos de entrega y de cambio de puntos cuando haya lugar. Al inicio del contrato y mensual	APLICA PARA EL MUNICIPIO DE GARZON, LA FUNDACION REALIZA EL ADECUADO ALMACENAMIENTO HACIENDO EL USO ADECUADO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POS ICBF PARA LA RESPECTIVA ENTREGA A LOS USAURIOS.
2. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato, y suministro de la alimentación a las niñas, niños y adolescentes beneficiarios para la Modalidad de atención, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso, se podrá donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF.	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio Mensual	INFORME MENSUAL DE BIENESTARINA
3. Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservación	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio Informe mensual de visitas de la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimento de Alto valor Nutricional Anexo No. 57. Instrumento de seguimiento al cumplimiento de condiciones para la recepción, almacenamiento y control de Alimentos de Alto Valor Nutricional en punto de entrega.	. Para el mes de Julio el dia 12 en el municipio de **Garzon** , el ICBF envia al operador fundacion social yo te cuido a la direccion calle 7 N . 2 e- 03 Barrio Santa Clara, 25 unidades del alimento de alto valor nutricional lote 2066390, FV.19-12-2024. -**La Plata** el dia 30 de Julio de 2024, el ICBFen sus instalaciones realizo la entrega al operador Fundacion Social Yo te cuido el alimento de alto valor nutricional de 25 unidades lote 2066391, FV 20-12-2024 , 5 unidades lote 2060563 FV 22-11-2024,las cuales fueron trasladadas al operador Calle 13 N. 5 e 34 **-Pitalito** se envia relacion de los usuarios al centro zonal quien hace directamente la entrega a las madres sustitutas del alimentos de alto valor nutricional
4. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
5. Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro	**SI**	Acta y/o planilla de entrega. Mensual	**GARZON** se cuenta con planilla de entrega del alimento de alto valor nutricional del dia 16-07-2024 a las madres sustitutas. **LA PLATA** se cuenta con planilla de entrega del alimento de alto valor nutricional del dia 30-07-2024 a las madres sustitutas.
6. Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega.	**SI**	Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional	GARZON se cuenta con planilla de contro de inventarios alto valor nutricional donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución.
7.Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN	**N/A**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
8.Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional.	**SI**	Comunicación de solicitud de asesoría y respuesta de la regional - mensual.	El dia 21 de mayo del 2024 se recibio asistencia tecnica frente al manejo y cuidado de los alimementos de alto valor nutricional por parte de la regional.
9. Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF.	**SI**	Actas o comunicaciones escritas sobre la gestión de la promoción del control social	ACTA DE PROMOCION PARA EL MANEJO ADECUADO Y BUEN USO DE LA BIENESTARINA
10. Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF.	**N/A**	Requerimientos realizados y respuesta por parte del contratista	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
11. Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional.	**N/A**	Relación de cantidades de alimentos y recibo de consignación	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
12. Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría.	**N/A**	Acta de visita	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
13. Al finalizar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.	**N/A**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

MARYEN LUCIA NARVÁEZ

Powered by CamScanner

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

maryen2312@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

13 / 07 / 2024

Powered by CamScanner

CENTRO ZONAL

- ○ LA PLATA
- ○ GARZON
- ◉ PITALITO

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

- ◉ SIEMPRE
- ○ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

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

- ◉ SIEMPRE
- ○ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

Powered by CamScanner

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

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

Powered by CamScanner

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

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	●

- (●) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 02		
Hora: 8:40 A.M	**Fecha:** 23 DE JULIO DEL AÑO 2024	
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede La Plata	
Dependencia que Convoca:	Coordinación modalidad Hogar sustituto	
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos	
Objetivo:	**Llevar a cabo jornada de inducción y capacitación al talento humano vinculado a la modalidad Hogar sustituto en el municipio de Pitalito que ingresaron a hacer parte del equipo, a fin de orientar frente a las acciones a desarrollar durante la ejecución del contrato.**	

Agenda:

a. Saludo y bienvenida
b. Desarrollo: presentación de la PIYC, lineamientos técnicos y operativos dispuestos por el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar sustituto
   Conclusiones y recomendaciones

Desarrollo:

1. Saludo

Se da inicio a la jornada de capacitación con un saludo por parte de los coordinadores de la Fundación social yo te cuido Fabian Lanilla y Paola Andrea Marin, quien agradece a las profesiones por la participación activa y les da la bienvenida a la fundación; de igual forma añade la importancia del compromiso para con la modalidad y la fundación lo anterior para garantizar la calidad del Servio y la atención a los niños, niñas y adolescentes.

2. Desarrollo

Siendo las 8:45 am, del dia 23 de julio del 2024 Se da inicio a la jornada, agradeciendo a las profesionales por la participación y dando la bienvenida esta bonita modalidad, orientando al talento Humano frente a las propuestas de implementación y cualificación de vulneración y discapacidad aprobadas para la fundación social yo te cuido, se resalta que se cuenta con dos PIYC una para cada modalidad.

Powered by CamScanner

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

a. PORTADA

Regional:	Huila	**Operador:**	Fundación Social Yo Te cuido
Modalidad o Servicio:	**Población:**	**Municipio:**	**Dirección Sede Administrativa – Sede Operativa:**
Hogar Sustituto	• Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes en edades de cero (0) a (18) años con una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal) con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adaptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos. • Mayores de (18) años con discapacidad y/o una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal), que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y cuyo cuidado puede ser asumido por una madre o padre sustitutos. • Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años con discapacidad, hijos e hijas de adolescentes desvinculadas de grupos armados	**NEIVA**	• **Sede Administrativa** Calle 21 # 7ª – 20 Avenida Tenerife - Neiva - Huila • **Sede operativas** * Carrera 6 No.1E-40 Barrio Santa Clara Garzon- Huila. * Calle 4 No.6-36 - La Plata - Huila. * Carrera 1c No.13-60 Barrio los Andes Pitalito - Huila

Teniendo en cuenta los anterior, se explicó al equipo cada una de las estrategias propuestas dentro de los niveles de atención: microsistema, macrosistema y exosistema los cuales se deben desarrollar a fin de dar cumplimiento con el plan de caso y poder desarrollar y sugerir estrategias de acuerdo; asi mismo se orientó, frente a las acciones que se debe desarrollar tanto con los usuarios, madres sustitutas y familias biológicas en pro de siempre velar por la garantía de los derechos de los niños niñas y adolescentes.

Se orienta frente a las funciones que debe desempeñar cada uno desde su rol, esto para trabajar en armonía y logar fortalecer las habilidades y capacidades de los niños, niñas y adolescente, por lo anterior, se anexan las funciones según el perfil a trabajar:

1. AUXILIAR ADMINITRATIVO

- Atender con calidad, calidez, ética y transparencia a los usuarios y madres de la modalidad hogar sustituto.
- Recuperar y administrar la documentación pendiente.
- Elaborar actas de entrega de dotación.
- Hacer seguimiento al estricto cumplimiento del envío de los documentos requeridos a los centros zonales y Defensorías de Familias.
- Mantener comunicación continua tanto con el talento humano de la modalidad.
- Revisar permanente los Correos Electrónicos Institucionales a los que se le dé acceso, verificar, tramitar y responder las solicitudes requeridas.
- Salvaguardar y velar por el cuidado de la información que se maneja en la modalidad Hogar Sustituto
- Mantener la confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo del proceso de atención.
- Apoyar y trabajar de manera articulada con la coordinación de la Fundación Social Yo te Cuido
- Realizar entrega de dotación a los beneficiarios de la modalidad, siguiendo los protocolos y especificaciones establecidas para tal fin el el Manual operativo modalidad de acogimiento familiar hogar sustituto v2.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

2. PSICOLOGO

- Realizar las valoraciones, seguimientos, intervención, diagnóstico, acompañamiento psicológico y apoyo al desarrollo del Plan de Caso y el proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello asegurando el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos. En lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, participar en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la fundación.
- Brindar atención integral como profesional de psicología, para la protección inmediata a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad Hogar Sustituto.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial en psicología, evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes psicológicos a cada niño, niña o adolescente ubicado en la modalidad hogar sustituto, evaluando y analizando el estado emocional y psicológico del Niño, Niña o Adolescente.
- Valorar en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, un examen mental, la apariencia, porte y actitud, la atención, la orientación, la conciencia, la sensopercepción, la memoria afectividad, el área cognitiva, adaptativa, el área sensorio y motriz, el área del lenguaje, social y académica y su plan de atención.

Powered by CamScanner

- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad hogar sustituto
- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contempladas en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

3. TRABAJO SOCIAL

- Realizar entre otras funciones: la valoración socio familiar, seguimiento, orientación, intervención y acompañamiento a la familia
- Brindar apoyo en el desarrollo del Plan de Caso y el desarrollo del proceso de atención desde sus Hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
- Trabajo con la familia biológica y redes vinculares de los niños, las niñas y los adolescentes ubicados en la modalidad.
- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos enn lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, este profesional, participará en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la entidad que lo contrata.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial socio familiar de verificación de derechos de niños, niña y adolescentes evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes socio familiares a cada niño, niña o adolescente ingresado a la modalidad hogar sustituto evaluando y analizando el estado del niño, niña o adolescente.
- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad Sustituto

Powered by CamScanner

- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contemplada en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos.
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

4. GESTOR DE CASO

- Articular y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para la implementación de técnicas del método de administración de casos: análisis de caso, reunión de caso, conferencias de casos.
- Apoyar técnicamente en la calidad del diligenciamiento de las herramientas de monitoreo y evaluación por parte del equipo de profesionales de la modalidad.
- Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr el abordaje de cada uno de los niveles de atención en cada caso.
- Promover espacios de formación en el método de administración de casos y manejo de herramientas de monitoreo y evaluación al equipo de profesionales de la modalidad en conjunto con el coordinador de la modalidad.
- Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr la macro - gestión en cada caso.
- Articular con el equipo de profesionales de la modalidad la gestión de las acciones de interacción permanente con las Autoridades Administrativas, equipos interdisciplinarios de Defensoría o Comisaria de Familia, Entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar para lograr la macro -gestión en cada caso.
- Apoyar las acciones para el cumplimiento en la cualificación de la PIYC de la modalidad (cualificación talento humano, prevención de situaciones de riesgo, estrategias para el mejoramiento continuo y herramientas de participación de los niños, niñas, adolescentes, sus familias, o redes vinculares de apoyo en el desarrollo del proceso de atención propuestas en la PIYC).
- Liderar y apoyar los procesos de egreso progresivo cuando haya lugar a ello.

Es de resaltar que de manera personalizada se explico al talento humano de acuerdo a su perfil las funciones quede desempeñar y dar respuesta para garantizar la calidad del Servio y las atenciones a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad Hogar Sustituto

Powered by CamScanner

Seguidamente se procedió a resaltar que cada una de estas acciones estén encaminadas a suplir las necesidades de los niños, niñas y adolescentes siguiendo los lineamientos técnicos y manuales operativos sugeridos por el ICBF. De igual manera se orientó frente al MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, De igual manera se orienta frente a la ruta para la consulta de la documentación en el portal del ICBF, donde adicional se encuentran los formatos dispuestos para la atención según sea la necesidad de los usuarios, madres sustitutas, familias biológicas y demás población vinculada de manera directa e indirecta con la fundación.

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

2. Compromisos

Dar cumplimiento a cada una de las actividades y seguir las recomendaciones a fin de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la modalidad, así como garantizar que las ate4nciones se den de acuerdo a lo establecido en los lineamiento y manuales operativos establecidos por el ICBF.

Decisiones:

- Cumplir a cabalidad con cada una de las funciones asignadas a fin de garantizar que los usuarios reciban las atenciones y se genere una garantía de derechos según la necesidad-
- Cumplir con los documentos técnicos dispuestos pro el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar Sustituto.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Cumplir a cabalidad con cada una de las funciones asignadas a fin de garantizar que los usuarios reciban las atenciones y se genere una garantía de derechos según la necesidad	Equipo psicosocial – coordinación sede la plata	constantemente
Cumplir con los documentos técnicos dispuestos pro el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar Sustituto.	Equipo psicosocial – coordinación sede la plata	constantemente

FIRMA ASISTENTES

Powered by CamScanner

Nombre Se lista **mínimo**: quien preside la reunión/comité y los responsables de cumplir los compromisos adquiridos. No obstante, si la reunión o Comité es soportada por una resolución o acuerdo, dependerá de lo establecido en dicho acto administrativo o lo que definan los asistentes.	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Paola Andrea Marín González	coordinadora	Fundación social yo te cuido	
Fabian Andrés Lamilla Galvis	Coordinador	Fundación social yo te cuido	
Laura Ximena Losada	Gestor de caso	Fundación social yo te cuido	
Shirley Gonzalez	Psicólogo	Fundación social yo te cuido	
Luisa Mercedes Vinasco	Auxiliar administrativa	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión (en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por confirmar		Fundación social yo te cuido
Colaborador que elabora el acta:	Paola Andrea Marín González		

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL

YO TE CUIDO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A MADRES SUSTITUTAS

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Erika Fernanda Ramos Urbano

Powered by CamScanner

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

luznelly1969@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

03 / 07 / 2024

Powered by CamScanner

- ○ LA PLATA
- ○ GARZON
- ◉ PITALITO

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

- ◉ SIEMPRE
- ○ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

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

- ○ SIEMPRE
- ○ CASI SIEMPRE
- ◉ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

Powered by CamScanner

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

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- ( ) SI
- (●) NO

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

- ( ) SI
- (●) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

Powered by CamScanner

SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	●	○	○	○	○	○

- (●) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Powered by CamScanner

ENCUESTA DE SATISFACCION NIÑOS Y NIÑAS (4-11 AÑOS) O DISCAPACIDAD

Recolectar información acerca de los niveles de satisfacción y aceptación de los Niños, Niñas, Adolescentes, con el ánimo de fortalecer, mejorar el proceso de atención ofrecido desde la modalidad Sustituto.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

NOMBRE Y APELLIDOS

JAMES ANDRES COLLAZOS

FECHA

DD MM AAAA

26 / 07 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

- (●) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Nunca

Te has sentido agredido por algún profesional.

- (●) Nunca
- ( ) Alguna Vez
- ( ) Siempre

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Tus dudas y preguntas son aclaradas por el equipo psicosocial del operador o madre sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

Haz hecho uso del buzón de sugerencias y las peticiones , quejas , reclamos o felicitaciones han sido revisadas y respondidas.

- ( ) Siempre
- ( ) Algunas veces
- (●) Nunca

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SATISFACCION NIÑOS Y NIÑAS (4-11 AÑOS) O DISCAPACIDAD

Recolectar información acerca de los niveles de satisfacción y aceptación de los Niños, Niñas, Adolescentes, con el ánimo de fortalecer, mejorar el proceso de atención ofrecido desde la modalidad Sustituto.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

NOMBRE Y APELLIDOS

Adán lavaa

FECHA

DD MM AAAA

19 / 07 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

- (●) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Nunca

Te has sentido agredido por algún profesional.

- (●) Nunca
- ( ) Alguna Vez
- ( ) Siempre

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Tus dudas y preguntas son aclaradas por el equipo psicosocial del operador o madre sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

Haz hecho uso del buzón de sugerencias y las peticiones , quejas , reclamos o felicitaciones han sido revisadas y respondidas.

- ( ) Siempre
- ( ) Algunas veces
- (●) Nunca

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 07	
Hora: 03:00 P.M	**Fecha:** 05 de Julio / 2024
Lugar:	Instalaciones de la Fundación Social "Yo te Cuido", municipio Pitalito – Huila.
Dependencia que Convoca:	Gestor de Caso
Proceso:	Misional – Protección – Restablecimiento de Derechos
Objetivo:	Identificar, atender, evaluar, resolver y dar cumplimiento a la revisión quincenal del "Buzón de Sugerencias"; en quejas, felicitaciones, inquietudes, reclamos y/o sugerencias, que se presenten durante la ejecución de la modalidad de Acogimiento Familiar – Hogar Sustituto, con el fin de, reforzar y fortalecer la calidad del servicio a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes – NNAJ – Madres Sustitutas.

Agenda:

- Saludo, objetivo general y desarrollo metodológico.
- Logros, cierre y compromisos.

Desarrollo:

El día 05 de Julio / 2024, de acuerdo al cronograma "Apertura Buzón de Sugerencias", se lleva a cabo en la jornada de la tarde (03:00 P.M), revisión del "Buzón de Sugerencias", con el acompañamiento de (Madres Sustitutas y Equipo de profesionales de la Fundación Social "Yo te Cuido"), con la finalidad de; Identificar, atender, evaluar, resolver y dar cumplimiento a la revisión quincenal del "Buzón de Sugerencias"; en quejas, felicitaciones, inquietudes, reclamos y/o sugerencias, que se presenten durante la ejecución de la modalidad de Acogimiento Familiar – Hogar Sustituto, con el fin de, reforzar y fortalecer la calidad del servicio a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes – NNAJ – Madres Sustitutas.

Se determina, la revisión del "Buzón de Sugerencias", encontrando tipo de petición "Felicitaciones", con fecha del 04 de Julio / 2024, de la Madre Sustituta; la señora Yuli Andrea Rojas Artunduaga; identificada con C.C 1.083.887.399 expedida en el municipio de Pitalito – Huila, residente en la Vereda Guacacallo, con motivo de la PQRS (Calidad del Servicio) "Satisfactoria", con la siguiente descripción de la información:

... *"Quiero manifestarles al Equipo de Profesionales, por la comprensión para mí; como Madre Sustituta, ya que me han sabido entender; en diversas situaciones, también, el apoyo que me han brindado en cada situación vivida"* ...

El Gestor de Caso, brinda orientaciones hacia la importancia de implementar el "Buzón de Sugerencias", con la finalidad de; establecer acciones de mejora en pro de la calidad al servicio en la modalidad de Acogimiento Familiar – Hogar Sustituto.

Powered by CamScanner

Decisiones:

El Gestor de Caso, lleva a cabo, respuesta a la petición "Felicitaciones", con fecha del 04 de Julio / 2024, de la Madre Sustituta; la señora Yuli Andrea Rojas Artunduaga; identificada con C.C 1.083.887.399 expedida en el municipio de Pitalito – Huila, con soporte de evidencia fotográfica y escrito en carpeta "Buzón de Sugerencias".

Registro Fotográfico:

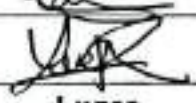






Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Efectuar apertura "Buzón de Sugerencias", el próximo 19 de Julio / 2024, por parte del Equipo Interdisciplinario de la Fundación Social "Yo te Cuido".	Equipo Interdisciplinario y Gestor de Caso de la Fundación Social "Yo te Cuido", en el municipio de Pitalito – Huila.	19/07/2024

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Rocio Vargas Paz	Gestor de Caso	Fundación Social "Yo te Cuido"	
Yuli Andrea Rojas Artunduaga	Madre Sustituta	Fundación Social "Yo te Cuido"	
Próxima reunión:	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	19/07/2024	Por programar	Por programar
Colaborador que elabora el acta:	Rocio Vargas Paz (Gestor de Caso)		

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

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

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 06		
Hora: 8:00 A.M	**Fecha:** 15 DE JULIO DEL AÑO 2024	
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede Pitalito	
Dependencia que Convoca:	Coordinación modalidad Hogar sustituto	
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos	
Objetivo:	**Llevar a cabo jornada de inducción y capacitación al talento humano vinculado a la modalidad Hogar sustituto en el municipio de Pitalito que ingresaron a hacer parte del equipo, a fin de orientar frente a las acciones a desarrollar durante la ejecución del contrato.**	

Agenda

a. Saludo y bienvenida
b. Desarrollo: presentación de la PIYC, lineamientos técnicos y operativos dispuestos por el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar sustituto
Conclusiones y recomendaciones

Desarrollo:

1. Saludo

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

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

2. Desarrollo

Siendo las 8:15 am, del dia 15 de julio del 2024 Se da inicio a la jornada, agradeciendo a las profesionales por la participación y dando la bienvenida esta bonita modalidad, orientando al talento Humano frente a las propuestas de implementación y cualificación de vulneración y discapacidad aprobadas para la fundación social yo te cuido, se resalta que se cuenta con dos PIYC una para cada modalidad.

Powered by CamScanner

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

a. PORTADA

Regional:	Huila	**Operador:**	Fundación Social Yo Te cuido
Modalidad o Servicio:	**Población:**	**Municipio:**	**Dirección Sede Administrativa – Sede Operativa:**
Hogar Sustituto	• Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes en edades de cero (0) a (18) años con una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal) con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adaptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos. • Mayores de (18) años con discapacidad y/o una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal), que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y cuyo cuidado puede ser asumido por una madre o padre sustitutos. • Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años con discapacidad, hijos e hijas de adolescentes [illegible]	**NEIVA**	• **Sede Administrativa** Calle 21 # 7ª – 20 Avenida Tenerife - Neiva - Huila • **Sede operativas** * Carrera 6 No 1E-40 Barrio Santa Clara Garzon- Huila * Calle 4 No.6-36 - La Plata - Huila * Carrera 1c No 13-60 Barrio los Andes Pitalito - Huila

Teniendo en cuenta los anterior, se explicó al equipo cada una de las estrategias propuestas dentro de los niveles de atención, microsistema, macrosistema y exosistema los cuales se deben desarrollar a fin de dar cumplimiento con el plan de caso y poder desarrollar y sugerir estrategias de acuerdo; así mismo se orientó, frente a las acciones que se debe desarrollar tanto con los usuarios, madres sustitutas y familias biológicas en pro de siempre velar por la garantía de los derechos de los niños niñas y adolescentes.

Se orienta frente a las funciones que debe desempeñar cada uno desde su rol, esto para trabajar en armonía y logar fortalecer las habilidades y capacidades de los niños, niñas y adolescente, por lo anterior, se anexan las funciones según el perfil a trabajar:

Powered by CamScanner

1. AUXILIAR ADMINITRATIVO

- Atender con calidad, calidez, ética y transparencia a los usuarios y madres de la modalidad hogar sustituto.
- Recuperar y administrar la documentación pendiente.
- Elaborar actas de entrega de dotación.
- Hacer seguimiento al estricto cumplimiento del envío de los documentos requeridos a los centros zonales y Defensorías de Familias.
- Mantener comunicación continua tanto con el talento humano de la modalidad.
- Revisar permanente los Correos Electrónicos Institucionales a los que se le dé acceso, verificar, tramitar y responder las solicitudes requeridas.
- Salvaguardar y velar por el cuidado de la información que se maneja en la modalidad Hogar Sustituto
- Mantener la confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo del proceso de atención.
- Apoyar y trabajar de manera articulada con la coordinación de la Fundación Social Yo te Cuido
- Realizar entrega de dotación a los beneficiarios de la modalidad, siguiendo los protocolos y especificaciones establecidas para tal fin el el Manual operativo modalidad de acogimiento familiar hogar sustituto v2.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

2. PSICOLOGO

- Realizar las valoraciones, seguimientos, intervención, diagnóstico, acompañamiento psicológico y apoyo al desarrollo del Plan de Caso y el proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello asegurando el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos. En lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, participar en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la fundación.
- Brindar atención integral como profesional de psicología, para la protección inmediata a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad Hogar Sustituto.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial en psicología, evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes psicológicos a cada niño, niña o adolescente ubicado en la modalidad hogar sustituto, evaluando y analizando el estado emocional y psicológico del Niño, Niña o Adolescente.
- Valorar en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, un examen mental, la apariencia, porte y actitud, la atención, la orientación, la conciencia, la sensopercepción, la memoria afectividad, el área cognitiva, adaptativa, el área sensorio y motriz, el área del lenguaje, social y académica y su plan de atención.
- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.

Powered by CamScanner

- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad hogar sustituto
- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contempladas en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

3. TRABAJO SOCIAL

- Realizar entre otras funciones: la valoración socio familiar, seguimiento, orientación, intervención y acompañamiento a la familia
- Brindar apoyo en el desarrollo del Plan de Caso y el desarrollo del proceso de atención desde sus Hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
- Trabajo con la familia biológica y redes vinculares de los niños, las niñas y los adolescentes ubicados en la modalidad.
- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos enn lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, este profesional, participará en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la entidad que lo contrata.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial socio familiar de verificación de derechos de niños, niña y adolescentes evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes socio familiares a cada niño, niña o adolescente ingresado a la modalidad hogar sustituto evaluando y analizando el estado del niño, niña o adolescente.
- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad Sustituto
- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.

Powered by CamScanner

- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contemplada en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos.
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

4. GESTOR DE CASO

- Articular y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para la implementación de técnicas del método de administración de casos: análisis de caso, reunión de caso, conferencias de casos.
- Apoyar técnicamente en la calidad del diligenciamiento de las herramientas de monitoreo y evaluación por parte del equipo de profesionales de la modalidad.
- Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr el abordaje de cada uno de los niveles de atención en cada caso.
- Promover espacios de formación en el método de administración de casos y manejo de herramientas de monitoreo y evaluación al equipo de profesionales de la modalidad en conjunto con el coordinador de la modalidad.
- Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr la macro - gestión en cada caso.
- Articular con el equipo de profesionales de la modalidad la gestión de las acciones de interacción permanente con las Autoridades Administrativas, equipos interdisciplinarios de Defensoría o Comisaria de Familia, Entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar para lograr la macro -gestión en cada caso.
- Apoyar las acciones para el cumplimiento en la cualificación de la PIYC de la modalidad (cualificación talento humano, prevención de situaciones de riesgo, estrategias para el mejoramiento continuo y herramientas de participación de los niños, niñas, adolescentes, sus familias, o redes vinculares de apoyo en el desarrollo del proceso de atención propuestas en la PIYC).
- Liderar y apoyar los procesos de egreso progresivo cuando haya lugar a ello.

Es de resaltar que de manera personalizada se explico al talento humano de acuerdo a su perfil las funciones quede desempeñar y dar respuesta para garantizar la calidad del Servio y las atenciones a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad Hogar Sustituto

Seguidamente se procedió a resaltar que cada una de estas acciones estén encaminadas a suplir las necesidades de los niños, niñas y adolescentes siguiendo los lineamientos técnicos y manuales operativos sugeridos por el ICBF. De igual manera se orientó frente al MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y

Powered by CamScanner

SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS. De igual manera se orienta frente a la ruta para la consulta de la documentación en el portal del ICBF, donde adicional se encuentran los formatos dispuestos para la atención según sea la necesidad de los usuarios, madres sustitutas, familias biológicas y demás población vinculada de manera directa e indirecta con la fundación.

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

2. Compromisos

Dar cumplimiento a cada una de las actividades y seguir las recomendaciones a fin de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la modalidad, asi como garantizar que las ate4nciones se den de acuerdo a lo establecido en los lineamiento y manuales operativos establecidos por el ICBF.

Decisiones:

- Cumplir a cabalidad con cada una de las funciones asignadas a fin de garantizar que los usuarios reciban las atenciones y se genere una garantia de derechos según la necesidad-
- Cumplir con los documentos técnicos dispuestos pro el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar Sustituto.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Cumplir a cabalidad con cada una de las funciones asignadas a fin de garantizar que los usuarios reciban las atenciones y se genere una garantía de derechos según la necesidad	Equipo psicosocial – coordinación sede Ptalito	constantemente
Cumplir con los documentos técnicos dispuestos pro el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar Sustituto.	Equipo psicosocial – coordinación sede Ptalito	constantemente

FIRMA ASISTENTES			
Nombre Se lista mínimo, quien preside la reunión/comité y los responsables de	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**

Powered by CamScanner

cumplir los compromisos adquiridos. No obstante, si la reunión o Comité es soportada por una resolución o acuerdo, dependerá de lo establecido en dicho acto administrativo o lo que definan los asistentes.			
Paola Andrea Marin González	coordinadora	Fundación social yo te cuido	
Fabian Andrés Lamilla Galvis	Coordinador	Fundación social yo te cuido	
Derly Liliana Hoyos Muñoz	Gestor de caso	Fundación social yo te cuido	
Sandra Mercedes Rodriguez	Trabajadora social	Fundación social yo te cuido	
Ana Lucia Muñoz Ortega	Psicólogo	Fundación social yo te cuido	
Mónica Johana Cruz Samboni	Auxiliar administrativa	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión (en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Agosto 2024	8:00 A.M	Fundación social yo te cuido
Colaborador que elabora el acta:	Paola Andrea Marin González		



Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

ENCUESTA DE SATISFACCION NIÑOS Y NIÑAS (4-11 AÑOS) O DISCAPACIDAD

Recolectar información acerca de los niveles de satisfacción y aceptación de los Niños, Niñas, Adolescentes, con el ánimo de fortalecer, mejorar el proceso de atención ofrecido desde la modalidad Sustituto.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- ( ) LA PLATA
- (•) PITALITO
- ( ) GARZON

NOMBRE Y APELLIDOS

MARIA DEL MAR GALINDEZ BRAVO

FECHA

DD MM AAAA

12 / 07 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

- (●) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Nunca

Te has sentido agredido por algún profesional.

- (●) Nunca
- ( ) Alguna Vez
- ( ) Siempre

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Tus dudas y preguntas son aclaradas por el equipo psicosocial del operador o madre sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

Haz hecho uso del buzón de sugerencias y las peticiones , quejas , reclamos o felicitaciones han sido revisadas y respondidas.

- ( ) Siempre
- ( ) Algunas veces
- (●) Nunca

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SATISFACCION NIÑOS Y NIÑAS (4-11 AÑOS) O DISCAPACIDAD

Recolectar información acerca de los niveles de satisfacción y aceptación de los Niños, Niñas, Adolescentes, con el ánimo de fortalecer, mejorar el proceso de atención ofrecido desde la modalidad Sustituto.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

NOMBRE Y APELLIDOS

KRISDHAEL MARTINEZ

FECHA

DD MM AAAA

27 / 07 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

- (●) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Nunca

Te has sentido agredido por algún profesional.

- (●) Nunca
- ( ) Alguna Vez
- ( ) Siempre

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Tus dudas y preguntas son aclaradas por el equipo psicosocial del operador o madre sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Conoces el buzón de sugerencias

- ( ) Si
- ( ) No

Haz hecho uso del buzón de sugerencias y las peticiones , quejas , reclamos o felicitaciones han sido revisadas y respondidas.

- ( ) Siempre
- ( ) Algunas veces
- (●) Nunca

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SATISFACCION ADOLESCENTES Y JOVENES (12 - 18 AÑOS)

Esta encuesta tiene como objetivo , recolectar información acerca de los niveles de satisfacción y aceptación de los Niños, Niñas, Adolescentes, con el ánimo de fortalecer, mejorar el proceso de atención ofrecido desde la modalidad Sustituto.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



Centro Zonal

- ( ) La Plata
- ( ) Garzón
- (•) Pitalito

Fecha

DD MM AAAA

26 / 07 / 2024

Nombre y apellido

Deissy alexandra rojas vanegas

En la fundación Yo te Cuido existen espacios de escucha, los cuales le permiten expresar su opinión.

- ( ) Siempre
- (•) Algunas Veces
- ( ) Nunca

El equipo de profesionales lo acompaña y apoya en los procesos de atención de la modalidad de manera asertiva.

- ○ Siempre
- ◉ Algunas Veces
- ○ Nunca

El pactos de convivencia, deberes y normas son establecidos, recordados y aplicados en el desarrollo de las sesiones de la modalidad a la que pertenece.

- ◉ Si
- ○ No

Participa activamente en las actividades programadas por la modalidad a la que pertenece.

- ◉ Si
- ○ No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

- ◉ Siempre
- ○ Algunas Veces
- ○ Nunca

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Las madres sustituta suministra alimentación balanceada y en los cinco tiempos estipulados.

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

- ( ) Excelente
- (●) Buena
- ( ) Regular

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

Ha hecho uso del buzón de sugerencias , sus solicitudes , quejas , peticiones, reclamos, felicitaciones han sido revisadas.

- ○ Si
- ◉ No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

CERTIFICA

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

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

Neiva – 06 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Buscar...

M Chimbaco	Hoy 14:59	
• Fwd: Certificación y aprobación del ...		
Rosalba Pascuas Triana	Hoy 14:52	
Certificación y aprobación del grado...		
Alonso Martinez	vie 18:38	
• Fwd: Encuentros biologicos Julio		📎
Dirjustici	vie 18:36	
• Encuentro biologico Astid Jhoana V...		📎
Yary Ruiz	vie 18:30	
• encuento biologico Jhoan Andres Ji...		📎
Comisariadefamilia	vie 18:26	
• Encuentro biologico niños Otela		📎
Equipointer Comisarialaplata	vie 18:23	
• Encuentro biologico Daniela Valenti...		📎
Comisariadefamilia	vie 18:19	
• Encuentro Biologico		📎
Alonso Martinez	vie 18:14	
Encuentros biologicos Julio		📎
Eliana Alvarez	vie 18:08	
• Encuentros biologicos		📎
Eliana Alvarez	vie 12:12	
• Informe extraordinario JAMES COL...		📎
Eliana Alvarez	vie 12:06	
• Fwd: Solicitud cupo hogar sustituto ...		
Alonso Martinez	vie 07:15	
• Fwd: Solicitud cupo en hogar sustit...		📎
Eliana Alvarez	jue 17:02	
• Correo y numeros telefonicos.		
Claudia Vidal	jue 16:38	
• HOGARES SUSTITUTOS A JULIO 31...		📎
Claudia Vidal	jue 16:11	
• Fwd: RV: Solicitud gestión T. I. bene...		
Coordinador1yotecui...	2024-07-29 12:11	
• Re: Fwd: Fwd: SOLICITUD DE TRASL...		
hspsicologiaplata@f...	2024-07-29 07:50	
• Re: REVISION SGTO PLAN CASO AD...		📎
hspsicologiaplata@f...	2024-07-29 07:23	
• Re: REVISION PLAN CASO DEL ADO...		📎
Coordinador1yotecui...	2024-07-29 06:23	
• Re: Fwd: Traslado y viáticos		
Claudia Vidal	2024-07-25 11:48	
• Re: RESPUESTA AL TRASLADO DE L...		📎
Coordinador1yotecui...	2024-07-24 11:09	
• Re: RESPUESTA AL TRASLADO DE L...		
Coordinador1yotecui...	2024-07-24 11:08	
• Re: Traslado y viáticos		
Lina Mercedes Valen...	2024-07-24 06:53	
• Re: RESPUESTA AL TRASLADO DE L...		
GUARDERIA EMMAN...	2024-07-24 06:45	
• Re: Traslado y viáticos		
Lina Mercedes Valen...	2024-07-23 12:33	🚩

Mensajes 1 a 50 de 281 1

Correo

Responder | Responder ... | Reenviar | Eliminar | SPAM | Marcar | Más

Certificación y aprobación del grado segundo YEISON NARANJO

A Rosalba Pascuas Triana <Rosalba.Pascuas@icbf.gov.co> el 2024-08-05 14:52

Detalles | Cabeceras | Sólo texto

La Plata, Agosto 05 de 2024

Doctora
ROSALBA PASCUAS TRIANA
Defensora Tercera de Familia
Centro Zonal Neiva - ICBF Regional Huila

Asunto: Certificación y aprobación del grado segundo

Respetuoso saludo.
En calidad de gestora de caso de la Fundación Yo Te cuido del municipio de La Plata Huila, Para soli aprobación del grado segundo del usuario Yeison Naranjo Hernandez, con identificacion T.I 1075801 institución educativa. Y es de gran importancia brindar este derecho.

Cordialmente

--



LAURA XIMENA LOSADA ALVIRA

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO-SEDE LA PLATA

3222405877

Responder

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Olga Lucía Rojas Rivas

Powered by CamScanner

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

Olgaluciarojas61@hotmail.com

Fecha

DD MM AAAA

03 / 07 / 2024

Powered by CamScanner

- ○ LA PLATA
- ○ GARZON
- ◉ PITALITO

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

- ◉ SIEMPRE
- ○ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

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

- ◉ SIEMPRE
- ○ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

Powered by CamScanner

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

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- ( ) SI
- (●) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

Powered by CamScanner

SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	●

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Omaira Diaz Molina

Powered by CamScanner

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

omairamolina69@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

03 / 07 / 2024

Powered by CamScanner

- ○ LA PLATA
- ○ GARZON
- ◉ PITALITO

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

- ○ SIEMPRE
- ◉ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

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

- ○ SIEMPRE
- ◉ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

Powered by CamScanner

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

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

Powered by CamScanner

SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	●	○	○

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

CamScanner
Powered by

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Yudys Paola Hoyos Osorio

Powered by CamScanner

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

huequitosp@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

03 / 07 / 2024

Powered by CamScanner

- ○ LA PLATA
- ○ GARZON
- ◉ PITALITO

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

- ◉ SIEMPRE
- ○ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

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

- ◉ SIEMPRE
- ○ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

Powered by CamScanner

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

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

Powered by CamScanner

SERVICIO CADA MES

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	●	○

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

CamScanner Powered by

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Yuli Andrea rojas Artunduaga

Powered by CamScanner

30/7/24, 12:38 a.m. ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

rojasartunduagayuliandrea13@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

13 / 07 / 2024

Powered by CamScanner

30/7/24, 12:38 a.m.

ENCUESTA DE SATISFACCION MADRES SUSTITUTAS

CENTRO ZONAL

- ○ LA PLATA
- ○ GARZON
- ◉ PITALITO

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

- ◉ SIEMPRE
- ○ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

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

- ○ SIEMPRE
- ◉ CASI SIEMPRE
- ○ ALGUNAS VECES
- ○ NUNCA

Powered by CamScanner

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

- (●) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

Powered by CamScanner

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

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	●	○

- ( ) Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Powered by CamScanner

ENCUESTA DE SATISFACCION NIÑOS Y NIÑAS (4-11 AÑOS) O DISCAPACIDAD

Recolectar información acerca de los niveles de satisfacción y aceptación de los Niños, Niñas, Adolescentes, con el ánimo de fortalecer, mejorar el proceso de atención ofrecido desde la modalidad Sustituto.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- ( ) LA PLATA
- (•) PITALITO
- ( ) GARZON

NOMBRE Y APELLIDOS

KEVIN MATIAS MALES REALPE

FECHA

DD MM AAAA

02 / 07 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

- (●) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Nunca

Te has sentido agredido por algún profesional.

- (●) Nunca
- ( ) Alguna Vez
- ( ) Siempre

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Tus dudas y preguntas son aclaradas por el equipo psicosocial del operador o madre sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

Haz hecho uso del buzón de sugerencias y las peticiones , quejas , reclamos o felicitaciones han sido revisadas y respondidas.

- ( ) Siempre
- ( ) Algunas veces
- (●) Nunca

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SATISFACCION ADOLESCENTES Y JOVENES (12 - 18 AÑOS)

Esta encuesta tiene como objetivo , recolectar información acerca de los niveles de satisfacción y aceptación de los Niños, Niñas, Adolescentes, con el ánimo de fortalecer, mejorar el proceso de atención ofrecido desde la modalidad Sustituto.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



Centro Zonal

- ( ) La Plata
- ( ) Garzón
- (•) Pitalito

Fecha

DD MM AAAA

04 / 07 / 2024

Nombre y apellido

Yader Esteban Gonzalez Samboni

En la fundación Yo te Cuido existen espacios de escucha, los cuales le permiten expresar su opinión.

- (•) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

El equipo de profesionales lo acompaña y apoya en los procesos de atención de la modalidad de manera asertiva.

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

El pactos de convivencia, deberes y normas son establecidos, recordados y aplicados en el desarrollo de las sesiones de la modalidad a la que pertenece.

- (●) Si
- ( ) No

Participa activamente en las actividades programadas por la modalidad a la que pertenece.

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Las madres sustituta suministra alimentación balanceada y en los cinco tiempos estipulados.

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

- (●) Excelente
- ( ) Buena
- ( ) Regular

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

Ha hecho uso del buzón de sugerencias , sus solicitudes , quejas , peticiones, reclamos, felicitaciones han sido revisadas.

- ○ Si
- ◉ No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SATISFACCION NIÑOS Y NIÑAS (4-11 AÑOS) O DISCAPACIDAD

Recolectar información acerca de los niveles de satisfacción y aceptación de los Niños, Niñas, Adolescentes, con el ánimo de fortalecer, mejorar el proceso de atención ofrecido desde la modalidad Sustituto.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- ( ) LA PLATA
- (•) PITALITO
- ( ) GARZON

NOMBRE Y APELLIDOS

YORVIN SMITH ORTIZ MARTINEZ

FECHA

DD MM AAAA

06 / 07 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

- (●) Siempre
- ( ) Casi siempre
- ( ) Nunca

Te has sentido agredido por algún profesional.

- (●) Nunca
- ( ) Alguna Vez
- ( ) Siempre

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Tus dudas y preguntas son aclaradas por el equipo psicosocial del operador o madre sustituta

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

Haz hecho uso del buzón de sugerencias y las peticiones , quejas , reclamos o felicitaciones han sido revisadas y respondidas.

- ( ) Siempre
- ( ) Algunas veces
- (●) Nunca

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SATISFACCION ADOLESCENTES Y JOVENES (12 - 18 AÑOS)

Esta encuesta tiene como objetivo , recolectar información acerca de los niveles de satisfacción y aceptación de los Niños, Niñas, Adolescentes, con el ánimo de fortalecer, mejorar el proceso de atención ofrecido desde la modalidad Sustituto.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



Centro Zonal

- ( ) La Plata
- ( ) Garzón
- (•) Pitalito

Fecha

DD MM AAAA

26 / 07 / 2024

Nombre y apellido

Yulli constanza rojas vanegas

En la fundación Yo te Cuido existen espacios de escucha, los cuales le permiten expresar su opinión.

- ( ) Siempre
- (•) Algunas Veces
- ( ) Nunca

El equipo de profesionales lo acompaña y apoya en los procesos de atención de la modalidad de manera asertiva.

- ○ Siempre
- ◉ Algunas Veces
- ○ Nunca

El pactos de convivencia, deberes y normas son establecidos, recordados y aplicados en el desarrollo de las sesiones de la modalidad a la que pertenece.

- ◉ Si
- ○ No

Participa activamente en las actividades programadas por la modalidad a la que pertenece.

- ◉ Si
- ○ No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

- ◉ Siempre
- ○ Algunas Veces
- ○ Nunca

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Las madres sustituta suministra alimentación balanceada y en los cinco tiempos estipulados.

- (●) Siempre
- ( ) Algunas Veces
- ( ) Nunca

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

- ( ) Excelente
- (●) Buena
- ( ) Regular

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

Ha hecho uso del buzón de sugerencias , sus solicitudes , quejas , peticiones, reclamos, felicitaciones han sido revisadas.

- ○ Si
- ◉ No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

CERTIFICA

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

Neiva – 06 de agosto del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

INFORME TRIMESTRAL BUZON DE SUGERENCIAS FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Irma Almario <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Fecha 2024-07-20 14:58

INFORME TRIMESTRAL BUZON GARZON.pdf (~529 KB)

Garzón, 19 de julio 2024

Doctora

Irma Almario

Coordinadora Centro Zonal Garzón

Cordial Saludo,

Desde la Fundacion Social Yo Te Cuido nos complace entregarle el informe trimestral de la herramienta de participación "Buzón de Sugerencias" para el período de **abril, mayo y junio de 2024**. Este informe presenta un resumen de las **peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y observaciones** que hemos recibido de los usuarios de la modalidad hogar sustituto, familias biológicas, sustitutas y redes de apoyo durante este trimestre.

Adjunto a este correo encontrará el informe en formato **PDF** que incluye el análisis de las entradas recibidas y las acciones tomadas en respuesta.

Lo Anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

JESSICA LORENA GARZON

Gestora De Caso

Programa Hogares Sustitutos - Fundación Social Yo te Cuido

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°05		
Hora: 02:40 pm		**Fecha:** 05 de Julio 2024
Lugar:	Fundación Social Yo te Cuido – sede La Plata	
Dependencia que Convoca:	Operador Modalidad Hogar Sustituto – Componente Psicosocial	
Proceso:	MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS	
Objetivo:	Realizar apertura del buzón de sugerencias con el fin de dar cumplimiento a lo estimulado en el lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos amenazados y/o vulnerados	

Agenda:

Saludo de bienvenida.

Socialización del objetivo de la actividad

Lectura de PQR

Cierre y Compromisos

Desarrollo:

Momento 1. Inicio: se inicia a las 02:40 pm la Apertura de buzón 05 de julio de 2024 con el acompañamiento de la Madre sustituta: Rosalba Serrato Vargas.

Momento 2. Socialización del Objetivo, Meta y Metodología: se socializa el objetivo, metodología y meta del proceso denominado apertura del buzón de sugerencias.

Momento 3. Apertura de buzón de sugerencias y lectura de PQR

En tal sentido, se procedió a la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, una vez se realiza la apertura tanto física y virtual NO SE **ENCUENTRAN NINGUN FELICITACION O QUEJA**

Finalmente se establece la próxima fecha para la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la Modalidad ,para la fecha (19-07-2024) de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Implementación del Modelo de Atención, dirigido a los niños, niñas y los adolescentes en las Modalidades de Restablecimiento de Derechos esta apertura se realizara una vez cada quince días de manera presencial en las Instalaciones del Operador; se procede al cierre del buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la modalidad de forma presencial.

. Evidencia fotográfica

Powered by CamScanner

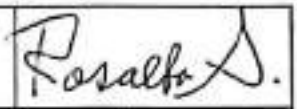


Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Al cierre se genera como compromiso; continuar implementando y promoviendo entre los usuarios de las modalidades hogar sustituto sus familias y redes de apoyo, la participación del buzón de sugerencias. A través de promoción del mismo en el grupo de madres sustitutos, en el contacto con la familia biológica y en los diferentes seguimientos llevados a cabo por el equipo interdisciplinar de la fundación Social Yo te Cuido.	Profesionales Fundación Social yo te Cuido	Permanente

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
LEDI CONSTANZA GOMEZ	TRABAJADORA SOCIAL	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	

Powered by CamScanner

ROSALBA SERRATO VARGAS	MADRE SUSTITUTA	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	19-07-2024	Por establecer	Fundación social Yo te cuido.

PÚBLICA

Powered by CamScanner

La Plata Huila, 05 de agosto del 2024

Ministerio de la Protección Social
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
OFICINA DE GESTIÓN DOCUMENTAL
CENTRO ZONAL LA PLATA

FECHA RECIBIDO 06 AGU 2024
HORA 8:40 am
No. FOLIOS 4
No. RADICACIÓN
RECIBIDO POR Diana Lopez

DOCTORA:

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

Asunto: Actas de buzón de sugerencias del mes de Julio

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

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos.
Fundación Social Yo te Cuido

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

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: 03:30 p. m	**Fecha:** 19 de julio de 2024
Lugar:	Fundación Social Yo Te cuido – Sede la plata
Dependencia que Convoca:	Operador Modalidad Hogar Sustituto – Equipo Interdisciplinario
Proceso:	Misional -protección – restablecimiento de derechos
Objetivo:	Realizar apertura del buzón de sugerencias con el fin de dar cumplimiento a lo estimulado en el lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos amenazados y/o vulnerados

Agenda:

- Saludo de bienvenida.
- Socialización del objetivo de la actividad
- Lectura de PQR
- Cierre y Compromisos

Desarrollo:

Momento 1. Inicio: se inicia a las 03:30 p.m contando con la participación de la trabajadora social del operador ,madre sustituta Francy Nieto

Momento 2. Socialización del Objetivo, Meta y Metodología: se socializa el objetivo, metodología y meta del proceso denominado apertura del buzón de sugerencias.

Momento 3. Apertura de buzón de sugerencias y lectura de PQR

En tal sentido, se procedió a la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, una vez se realiza la apertura tanto física y virtual NO **SE ENCUENTRA NINGUNA PETICIÓN POR RESPONDER**.

Finalmente se establece la próxima fecha para la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la Modalidad ,para la fecha (02-08-2024) de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Implementación del Modelo de Atención, dirigido a los niños, niñas y los adolescentes en las Modalidades de Restablecimiento de Derechos esta apertura se realizara una vez cada quince días de manera presencial en las Instalaciones del Operador; se procede al cierre del buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la modalidad de forma presencial.

Continuar en la promoción del mecanismo de participación denominado Buzón de sugerencias

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

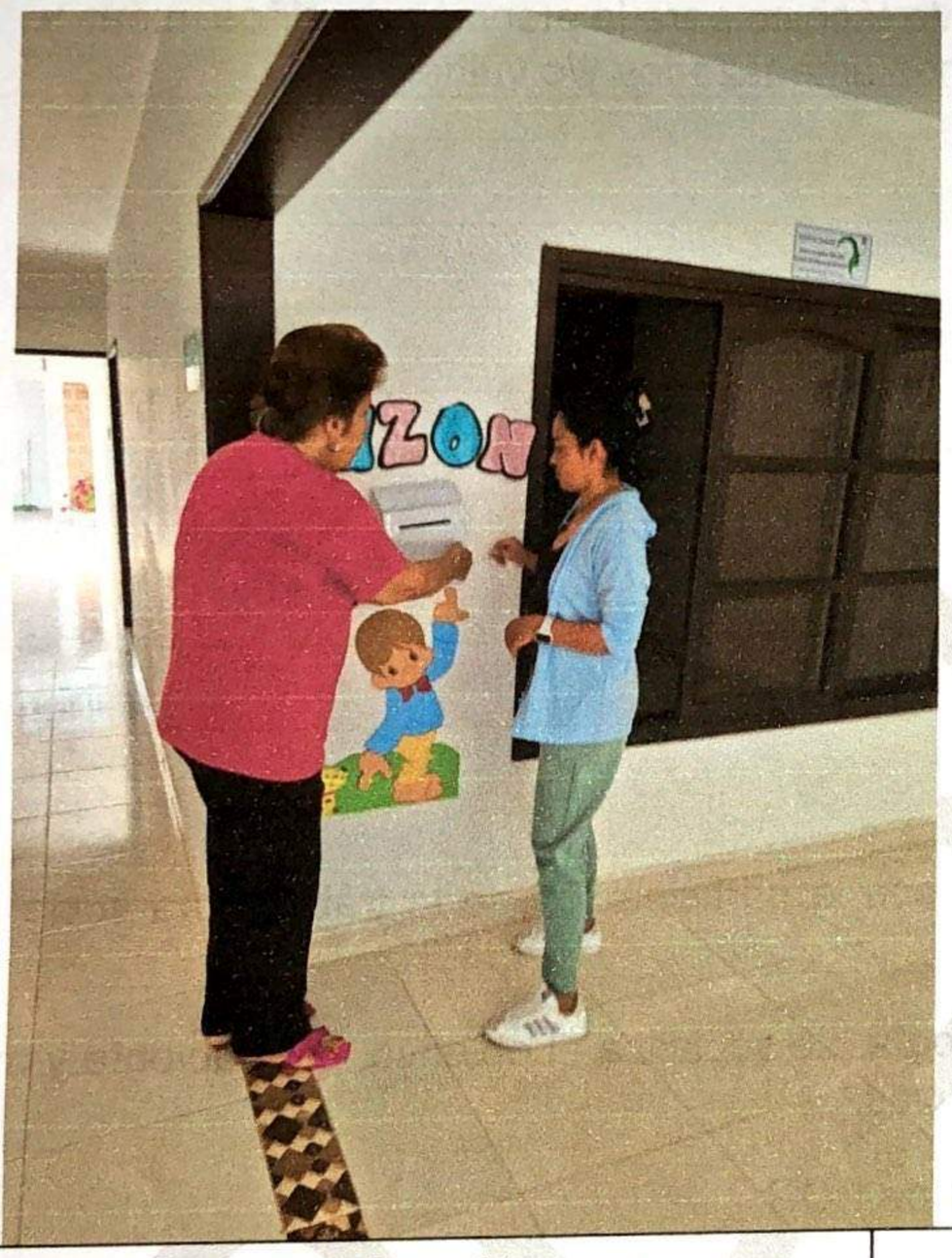
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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

Powered by CamScanner

Continuar informando a las madres sustitutas, niños, niñas , adolescentes , familia biológica o red extensa que la Fundación Social Yo te cuido cuenta con un buzón en la sede; donde también pueden acceder los usuarios de la Modalidad:

. Evidencia fotográfica



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Al cierre se genera como compromiso; continuar implementando y promoviendo entre los usuarios de las modalidades hogar sustituto sus familias y redes de apoyo, la participación del buzón de sugerencias. A través de promoción del mismo en el grupo de madres sustitutos, en el contacto con la familia biológica y en los diferentes encuentros llevados a cabo por el equipo interdisciplinar de la fundación.	Profesionales Fundación Social Yo te cuido	Permanente

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma

Powered by CamScanner

LEDI CONSTANZA ROJAS	TRABAJADORA SOCIAL	Fundación Social Yo te cuido	Ledi C. Rojas
FRANCY NIETO	Madre Sustituta	Fundación Social Yo te cuido	Francy Nieto
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	02-08-2024	Por establecer	Fundación Fundar sede La Plata

PÚBLICA

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°		
Hora: 10:30 A. m	**Fecha:** 19 de julio de 2024	
Lugar:	Fundación Social Yo Te cuido – Sede Pitalito	
Dependencia que Convoca:	Operador Modalidad Hogar Sustituto – Equipo Interdisciplinario	
Proceso:	Misional -protección – restablecimiento de derechos	
Objetivo:	Realizar apertura del buzón de sugerencias con el fin de dar cumplimiento a lo estimulado en el lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos amenazados y/o vulnerados	

Agenda:

- Saludo de bienvenida.
- Socialización del objetivo de la actividad
- Lectura de PQR
- Cierre y Compromisos

Desarrollo:

Momento 1. Inicio: se inicia a las 10:30 a.m contando con la participación de la coordinadora Paola Andrea Marín ,madre sustituta Luz Nelly Urbano.

Momento 2. Socialización del Objetivo, Meta y Metodología: se socializa el objetivo, metodología y meta del proceso denominado apertura del buzón de sugerencias.

Momento 3. Apertura de buzón de sugerencias y lectura de PQR

En tal sentido, se procedió a la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, una vez se realiza la apertura tanto física y virtual NO **SE ENCUENTRA NINGUNA PETICIÓN POR RESPONDER**.

Finalmente se establece la próxima fecha para la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la Modalidad ,para la fecha (02-08-2024) de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Implementación del Modelo de Atención, dirigido a los niños, niñas y los adolescentes en las Modalidades de Restablecimiento de Derechos esta apertura se realizara una vez cada quince días de manera presencial en las Instalaciones del Operador; se procede al cierre del buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la modalidad de forma presencial.

Continuar en la promoción del mecanismo de participación denominado Buzón de sugerencias

Powered by CamScanner

Continuar informando a las madres sustitutas, niños, niñas , adolescentes , familia biológica o red extensa que la Fundación Social Yo te cuido cuenta con un buzón en la sede; al igual que un link el cual se puede hacer uso de la comodidad de cada una de las Unidades de servicio ,donde también pueden acceder los usuario s de la Modalidad:

. Evidencia fotográfica



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Al cierre se genera como compromiso; continuar implementando y promoviendo entre los usuarios de las modalidades hogar sustituto sus familias y redes de apoyo, la participación del buzón de sugerencias. A	Profesionales Fundación Social Yo te cuido	Permanente

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

través de promoción del mismo en el grupo de madres sustitutos, en el contacto con la familia biológica y en los diferentes encuentros llevados a cabo por el equipo interdisciplinar de la fundación.		

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Paola Andrea Marin González	Coordinadora	Fundación Social Yo te cuido	
Luz Nelly Urbano Murcia	Madre Sustituta	Fundación Social Yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	02-08-2024	Por establecer	Fundación Fundar sede Pitalito

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR Clasificada

No. 20244700400001532 Código Web: bIP1RfqPWaNraZapUEIyZWddGY=
Radicador: Cdad Martires Fecha: 30/07/2024 10:04:48 Folios: 4
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal Pitalito (Huila)
Asunto: ACTAS DE BUZÓN DE SUGERENCIAS MES

Pitalito, Huila 30 de julio del 2024

DOCTORA:

LEIDY ALEJANDRA SANCHEZ
Coordinadora Centro Zonal Pitalito
Carrera 15 No. 1-84 barrio San Mateo
Pitalito - Huila

Asunto: Actas de buzón de sugerencias del mes de Julio de 2024.

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

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EN CONSECUENCIA:

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

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

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

PUBLICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.

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

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
REPRESENTANTE LEGAL FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

PÚBLICA

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

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

CERTIFICA

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

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

Neiva - 06 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

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

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

Neiva - 06 de agosto del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO
Tel(s). 836 3170 - 836 1491 Cel(s). 315 6408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

Codigo de Prestador No. 415510156901 Licencia 2401 de 2015 expedida por la Secretaria Deptal del Huila

87651

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-03-12 11:15

DATOS BASICOS

Empresa: **PARTICULARES**

Nombres y apellidos: **ANA LUCIA MUÑOZ ORTEGA** CC: **36114695**

Cargo Actual: **PSICOLOGA**

Fecha Nacimiento: 1981-03-07 Edad: 43 Años Género: Femenino



TIPO DE EXÁMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

No tiene pruebas funcionales.

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

Restricciones

Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: ☑ SI POR QUÉ?: CITA CON NUTRICION POR ALTERACION DEL PESO, CONTINUAR CONTROLES DE PROMOCION Y PREVENCION POR SU EPS SEGUN LA EDAD (CONTROL DEL ADULTO)

REMISIÓN ARL ☑NO

OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO

PVE CARDIOVASCULAR

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: ☑NO

RECOMENDACIONES

PERSONALES:

SE EXPLICA DE FORMA VERBAL AL PACIENTE SU ESTADO DE SALUD DE ACUERDO A LA VALORACION REALIZADA EN EL DIA DE HOY. SE DAN RECOMENDACIONES AL PACIENTE, LAS CUALES REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, SE EXPLICA CADA UNOS DE LOS DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS EN LA VALORACIONES Y LOS COMPROMISOS QUE DEBE REALIZAR EN PRO DE SU BIENESTAR Y LAS REMISIONES GENERADAS. SE INDICA HABITOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA CON BAJA INGESTA DE SAL, AZUCARES, EMPAQUEDOS Y EN LATADOS, DISMINUIR CONSUMO DE HARINAS Y FRITOS. EVITAR HABITO DE TABAQUISMO O CONSUMO DE ALCOHOL, HACER ACTIVIDAD FISICA ENTRE 3 A 5 VECES POR SEMANA, AL MENOS 30 A 40 MIN.

MEDICAS:

CITA CON NUTRICION POR ALTERACION DEL PESO, CONTINUAR CONTROLES DE PROMOCION Y PREVENCION POR SU EPS SEGUN LA EDAD (CONTROL DEL ADULTO)

SST:

SE DAN RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS SEGÚN SU TAREA, CON USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR SU EMPRESA. REALIZAR SIEMPRE PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR AL MENOS 5 A 10 MINUTOS CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y MOVILIZACION DEL TRONCO, ALTERNAR POSICIONES DE BIPEDESTACION -SEDESTACION EN SU SITIO DE TRABAJO. CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE SU EMPRESA. MANTENER LIMPIAS LAS SUPERFIECIES DE TRABAJO Y LAS HERRAMIENTAS ASIGNADAS (SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ANA LUCIA MUÑOZ ORTEGA, identificado con CC: 36114695, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por: Trabajador:

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO
Tel(s). 836 3170 - 836 1491 Cel(s). 315 6408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

Codigo de Prestador No. 415510156901 Licencia 2401 de 2015 expedida por la Secretaria Deptal del Huila



MEREDITH MORENO LARA
10556

ANA LUCIA MUÑOZ ORTEGA
CC: 36114695

Suministrado por: Calidad Colombia Services I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpitalito.com | Creador por : MARINELA SAMBONI

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

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

CERTIFICA

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

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

Neiva - 06 de agosto del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 02		
Hora: 8:40 A.M	**Fecha:** 23 DE JULIO DEL AÑO 2024	
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede La Plata	
Dependencia que Convoca:	Coordinación modalidad Hogar sustituto	
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos	
Objetivo:	**Llevar a cabo jornada de inducción y capacitación al talento humano vinculado a la modalidad Hogar sustituto en el municipio de Pitalito que ingresaron a hacer parte del equipo, a fin de orientar frente a las acciones a desarrollar durante la ejecución del contrato.**	

Agenda:

a. Saludo y bienvenida
b. Desarrollo: presentación de la PIYC, lineamientos técnicos y operativos dispuestos por el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar sustituto
   Conclusiones y recomendaciones

Desarrollo:

1. Saludo

Se da inicio a la jornada de capacitación con un saludo por parte de los coordinadores de la Fundación social yo te cuido Fabian Lanilla y Paola Andrea Marin, quien agradece a las profesiones por la participación activa y les da la bienvenida a la fundación; de igual forma añade la importancia del compromiso para con la modalidad y la fundación lo anterior para garantizar la calidad del Servio y la atención a los niños, niñas y adolescentes.

2. Desarrollo

Siendo las 8:45 am, del dia 23 de julio del 2024 Se da inicio a la jornada, agradeciendo a las profesionales por la participación y dando la bienvenida esta bonita modalidad, orientando al talento Humano frente a las propuestas de implementación y cualificación de vulneración y discapacidad aprobadas para la fundación social yo te cuido, se resalta que se cuenta con dos PIYC una para cada modalidad.

Powered by CamScanner

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

a. PORTADA

Regional:	Huila	**Operador:**	Fundación Social Yo Te cuido
Modalidad o Servicio:	**Población:**	**Municipio:**	**Dirección Sede Administrativa – Sede Operativa:**
Hogar Sustituto	• Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes en edades de cero (0) a (18) años con una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal) con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adaptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos. • Mayores de (18) años con discapacidad y/o una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal), que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y cuyo cuidado puede ser asumido por una madre o padre sustitutos. • Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años con discapacidad, hijos e hijas de adolescentes desvinculadas de grupos armados	**NEIVA**	• **Sede Administrativa** Calle 21 # 7ª – 20 Avenida Tenerife - Neiva - Huila • **Sede operativas** * Carrera 6 No.1E-40 Barrio Santa Clara Garzon- Huila. * Calle 4 No.6-36 - La Plata - Huila. * Carrera 1c No.13-60 Barrio los Andes Pitalito - Huila

Teniendo en cuenta los anterior, se explicó al equipo cada una de las estrategias propuestas dentro de los niveles de atención: microsistema, macrosistema y exosistema los cuales se deben desarrollar a fin de dar cumplimiento con el plan de caso y poder desarrollar y sugerir estrategias de acuerdo; asi mismo se orientó, frente a las acciones que se debe desarrollar tanto con los usuarios, madres sustitutas y familias biológicas en pro de siempre velar por la garantía de los derechos de los niños niñas y adolescentes.

Se orienta frente a las funciones que debe desempeñar cada uno desde su rol, esto para trabajar en armonía y logar fortalecer las habilidades y capacidades de los niños, niñas y adolescente, por lo anterior, se anexan las funciones según el perfil a trabajar:

Powered by CamScanner

1. AUXILIAR ADMINITRATIVO

- Atender con calidad, calidez, ética y transparencia a los usuarios y madres de la modalidad hogar sustituto.
- Recuperar y administrar la documentación pendiente.
- Elaborar actas de entrega de dotación.
- Hacer seguimiento al estricto cumplimiento del envío de los documentos requeridos a los centros zonales y Defensorías de Familias.
- Mantener comunicación continua tanto con el talento humano de la modalidad.
- Revisar permanente los Correos Electrónicos Institucionales a los que se le dé acceso, verificar, tramitar y responder las solicitudes requeridas.
- Salvaguardar y velar por el cuidado de la información que se maneja en la modalidad Hogar Sustituto
- Mantener la confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo del proceso de atención.
- Apoyar y trabajar de manera articulada con la coordinación de la Fundación Social Yo te Cuido
- Realizar entrega de dotación a los beneficiarios de la modalidad, siguiendo los protocolos y especificaciones establecidas para tal fin el el Manual operativo modalidad de acogimiento familiar hogar sustituto v2.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

2. PSICOLOGO

- Realizar las valoraciones, seguimientos, intervención, diagnóstico, acompañamiento psicológico y apoyo al desarrollo del Plan de Caso y el proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello asegurando el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos. En lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, participar en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la fundación.
- Brindar atención integral como profesional de psicología, para la protección inmediata a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad Hogar Sustituto.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial en psicología, evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes psicológicos a cada niño, niña o adolescente ubicado en la modalidad hogar sustituto, evaluando y analizando el estado emocional y psicológico del Niño, Niña o Adolescente.
- Valorar en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, un examen mental, la apariencia, porte y actitud, la atención, la orientación, la conciencia, la sensopercepción, la memoria afectividad, el área cognitiva, adaptativa, el área sensorio y motriz, el área del lenguaje, social y académica y su plan de atención.

Powered by CamScanner

- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad hogar sustituto
- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contempladas en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

3. TRABAJO SOCIAL

- Realizar entre otras funciones: la valoración socio familiar, seguimiento, orientación, intervención y acompañamiento a la familia
- Brindar apoyo en el desarrollo del Plan de Caso y el desarrollo del proceso de atención desde sus Hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
- Trabajo con la familia biológica y redes vinculares de los niños, las niñas y los adolescentes ubicados en la modalidad.
- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos enn lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, este profesional, participará en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la entidad que lo contrata.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial socio familiar de verificación de derechos de niños, niña y adolescentes evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes socio familiares a cada niño, niña o adolescente ingresado a la modalidad hogar sustituto evaluando y analizando el estado del niño, niña o adolescente.
- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad Sustituto

Powered by CamScanner

- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contemplada en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos.
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

4. GESTOR DE CASO

- Articular y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para la implementación de técnicas del método de administración de casos: análisis de caso, reunión de caso, conferencias de casos.
- Apoyar técnicamente en la calidad del diligenciamiento de las herramientas de monitoreo y evaluación por parte del equipo de profesionales de la modalidad.
- Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr el abordaje de cada uno de los niveles de atención en cada caso.
- Promover espacios de formación en el método de administración de casos y manejo de herramientas de monitoreo y evaluación al equipo de profesionales de la modalidad en conjunto con el coordinador de la modalidad.
- Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr la macro - gestión en cada caso.
- Articular con el equipo de profesionales de la modalidad la gestión de las acciones de interacción permanente con las Autoridades Administrativas, equipos interdisciplinarios de Defensoría o Comisaria de Familia, Entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar para lograr la macro -gestión en cada caso.
- Apoyar las acciones para el cumplimiento en la cualificación de la PIYC de la modalidad (cualificación talento humano, prevención de situaciones de riesgo, estrategias para el mejoramiento continuo y herramientas de participación de los niños, niñas, adolescentes, sus familias, o redes vinculares de apoyo en el desarrollo del proceso de atención propuestas en la PIYC).
- Liderar y apoyar los procesos de egreso progresivo cuando haya lugar a ello.

Es de resaltar que de manera personalizada se explico al talento humano de acuerdo a su perfil las funciones quede desempeñar y dar respuesta para garantizar la calidad del Servio y las atenciones a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad Hogar Sustituto

Powered by CamScanner

Seguidamente se procedió a resaltar que cada una de estas acciones estén encaminadas a suplir las necesidades de los niños, niñas y adolescentes siguiendo los lineamientos técnicos y manuales operativos sugeridos por el ICBF. De igual manera se orientó frente al MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, De igual manera se orienta frente a la ruta para la consulta de la documentación en el portal del ICBF, donde adicional se encuentran los formatos dispuestos para la atención según sea la necesidad de los usuarios, madres sustitutas, familias biológicas y demás población vinculada de manera directa e indirecta con la fundación.

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

2. Compromisos

Dar cumplimiento a cada una de las actividades y seguir las recomendaciones a fin de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la modalidad, así como garantizar que las ate4nciones se den de acuerdo a lo establecido en los lineamiento y manuales operativos establecidos por el ICBF.

Decisiones:

- Cumplir a cabalidad con cada una de las funciones asignadas a fin de garantizar que los usuarios reciban las atenciones y se genere una garantía de derechos según la necesidad-
- Cumplir con los documentos técnicos dispuestos pro el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar Sustituto.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Cumplir a cabalidad con cada una de las funciones asignadas a fin de garantizar que los usuarios reciban las atenciones y se genere una garantía de derechos según la necesidad	Equipo psicosocial – coordinación sede la plata	constantemente
Cumplir con los documentos técnicos dispuestos pro el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar Sustituto.	Equipo psicosocial – coordinación sede la plata	constantemente

FIRMA ASISTENTES

Powered by CamScanner

Nombre Se lista **mínimo**: quien preside la reunión/comité y los responsables de cumplir los compromisos adquiridos. No obstante, si la reunión o Comité es soportada por una resolución o acuerdo, dependerá de lo establecido en dicho acto administrativo o lo que definan los asistentes.	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Paola Andrea Marín González	coordinadora	Fundación social yo te cuido	
Fabian Andrés Lamilla Galvis	Coordinador	Fundación social yo te cuido	
Laura Ximena Losada	Gestor de caso	Fundación social yo te cuido	
Shirley Gonzalez	Psicólogo	Fundación social yo te cuido	
Luisa Mercedes Vinasco	Auxiliar administrativa	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión (en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por confirmar		Fundación social yo te cuido
Colaborador que elabora el acta:	Paola Andrea Marín González		

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 06		
Hora: 8:00 A.M	**Fecha:** 15 DE JULIO DEL AÑO 2024	
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede Pitalito	
Dependencia que Convoca:	Coordinación modalidad Hogar sustituto	
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos	
Objetivo:	**Llevar a cabo jornada de inducción y capacitación al talento humano vinculado a la modalidad Hogar sustituto en el municipio de Pitalito que ingresaron a hacer parte del equipo, a fin de orientar frente a las acciones a desarrollar durante la ejecución del contrato.**	

Agenda

a. Saludo y bienvenida
b. Desarrollo: presentación de la PIYC, lineamientos técnicos y operativos dispuestos por el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar sustituto
Conclusiones y recomendaciones

Desarrollo:

1. Saludo

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

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

2. Desarrollo

Siendo las 8:15 am, del dia 15 de julio del 2024 Se da inicio a la jornada, agradeciendo a las profesionales por la participación y dando la bienvenida esta bonita modalidad, orientando al talento Humano frente a las propuestas de implementación y cualificación de vulneración y discapacidad aprobadas para la fundación social yo te cuido, se resalta que se cuenta con dos PIYC una para cada modalidad.

Powered by CamScanner

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

a. PORTADA

Regional:	Huila	**Operador:**	Fundación Social Yo Te cuido
Modalidad o Servicio:	**Población:**	**Municipio:**	**Dirección Sede Administrativa – Sede Operativa:**
Hogar Sustituto	• Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes en edades de cero (0) a (18) años con una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal) con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. • Niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en edades de cero (0) a (18) años con declaratoria de adaptabilidad, ubicados en los Hogares Sustitutos. • Mayores de (18) años con discapacidad y/o una enfermedad de cuidado especial (Ruinosa, catastrófica, de alto costo, terminal), que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con un PARD abierto y continúan bajo la responsabilidad de una Autoridad Administrativa con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y cuyo cuidado puede ser asumido por una madre o padre sustitutos. • Niñas y niños de cero (0) a seis (6) años con discapacidad, hijos e hijas de adolescentes [illegible]	**NEIVA**	• **Sede Administrativa** Calle 21 # 7ª – 20 Avenida Tenerife - Neiva - Huila • **Sede operativas** * Carrera 6 No 1E-40 Barrio Santa Clara Garzon- Huila * Calle 4 No.6-36 - La Plata - Huila * Carrera 1c No 13-60 Barrio los Andes Pitalito - Huila

Teniendo en cuenta los anterior, se explicó al equipo cada una de las estrategias propuestas dentro de los niveles de atención, microsistema, macrosistema y exosistema los cuales se deben desarrollar a fin de dar cumplimiento con el plan de caso y poder desarrollar y sugerir estrategias de acuerdo; así mismo se orientó, frente a las acciones que se debe desarrollar tanto con los usuarios, madres sustitutas y familias biológicas en pro de siempre velar por la garantía de los derechos de los niños niñas y adolescentes.

Se orienta frente a las funciones que debe desempeñar cada uno desde su rol, esto para trabajar en armonía y logar fortalecer las habilidades y capacidades de los niños, niñas y adolescente, por lo anterior, se anexan las funciones según el perfil a trabajar:

Powered by CamScanner

1. AUXILIAR ADMINITRATIVO

- Atender con calidad, calidez, ética y transparencia a los usuarios y madres de la modalidad hogar sustituto.
- Recuperar y administrar la documentación pendiente.
- Elaborar actas de entrega de dotación.
- Hacer seguimiento al estricto cumplimiento del envío de los documentos requeridos a los centros zonales y Defensorías de Familias.
- Mantener comunicación continua tanto con el talento humano de la modalidad.
- Revisar permanente los Correos Electrónicos Institucionales a los que se le dé acceso, verificar, tramitar y responder las solicitudes requeridas.
- Salvaguardar y velar por el cuidado de la información que se maneja en la modalidad Hogar Sustituto
- Mantener la confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo del proceso de atención.
- Apoyar y trabajar de manera articulada con la coordinación de la Fundación Social Yo te Cuido
- Realizar entrega de dotación a los beneficiarios de la modalidad, siguiendo los protocolos y especificaciones establecidas para tal fin el el Manual operativo modalidad de acogimiento familiar hogar sustituto v2.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

2. PSICOLOGO

- Realizar las valoraciones, seguimientos, intervención, diagnóstico, acompañamiento psicológico y apoyo al desarrollo del Plan de Caso y el proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello asegurando el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos. En lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, participar en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la fundación.
- Brindar atención integral como profesional de psicología, para la protección inmediata a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad Hogar Sustituto.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial en psicología, evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes psicológicos a cada niño, niña o adolescente ubicado en la modalidad hogar sustituto, evaluando y analizando el estado emocional y psicológico del Niño, Niña o Adolescente.
- Valorar en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, un examen mental, la apariencia, porte y actitud, la atención, la orientación, la conciencia, la sensopercepción, la memoria afectividad, el área cognitiva, adaptativa, el área sensorio y motriz, el área del lenguaje, social y académica y su plan de atención.
- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.

Powered by CamScanner

- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad hogar sustituto
- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contempladas en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

3. TRABAJO SOCIAL

- Realizar entre otras funciones: la valoración socio familiar, seguimiento, orientación, intervención y acompañamiento a la familia
- Brindar apoyo en el desarrollo del Plan de Caso y el desarrollo del proceso de atención desde sus Hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
- Trabajo con la familia biológica y redes vinculares de los niños, las niñas y los adolescentes ubicados en la modalidad.
- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos enn lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, este profesional, participará en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la entidad que lo contrata.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial socio familiar de verificación de derechos de niños, niña y adolescentes evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes socio familiares a cada niño, niña o adolescente ingresado a la modalidad hogar sustituto evaluando y analizando el estado del niño, niña o adolescente.
- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad Sustituto
- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.

Powered by CamScanner

- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contemplada en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos.
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

4. GESTOR DE CASO

- Articular y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para la implementación de técnicas del método de administración de casos: análisis de caso, reunión de caso, conferencias de casos.
- Apoyar técnicamente en la calidad del diligenciamiento de las herramientas de monitoreo y evaluación por parte del equipo de profesionales de la modalidad.
- Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr el abordaje de cada uno de los niveles de atención en cada caso.
- Promover espacios de formación en el método de administración de casos y manejo de herramientas de monitoreo y evaluación al equipo de profesionales de la modalidad en conjunto con el coordinador de la modalidad.
- Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr la macro - gestión en cada caso.
- Articular con el equipo de profesionales de la modalidad la gestión de las acciones de interacción permanente con las Autoridades Administrativas, equipos interdisciplinarios de Defensoría o Comisaria de Familia, Entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar para lograr la macro -gestión en cada caso.
- Apoyar las acciones para el cumplimiento en la cualificación de la PIYC de la modalidad (cualificación talento humano, prevención de situaciones de riesgo, estrategias para el mejoramiento continuo y herramientas de participación de los niños, niñas, adolescentes, sus familias, o redes vinculares de apoyo en el desarrollo del proceso de atención propuestas en la PIYC).
- Liderar y apoyar los procesos de egreso progresivo cuando haya lugar a ello.

Es de resaltar que de manera personalizada se explico al talento humano de acuerdo a su perfil las funciones quede desempeñar y dar respuesta para garantizar la calidad del Servio y las atenciones a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad Hogar Sustituto

Seguidamente se procedió a resaltar que cada una de estas acciones estén encaminadas a suplir las necesidades de los niños, niñas y adolescentes siguiendo los lineamientos técnicos y manuales operativos sugeridos por el ICBF. De igual manera se orientó frente al MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y

Powered by CamScanner

SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS. De igual manera se orienta frente a la ruta para la consulta de la documentación en el portal del ICBF, donde adicional se encuentran los formatos dispuestos para la atención según sea la necesidad de los usuarios, madres sustitutas, familias biológicas y demás población vinculada de manera directa e indirecta con la fundación.

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

2. Compromisos

Dar cumplimiento a cada una de las actividades y seguir las recomendaciones a fin de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la modalidad, asi como garantizar que las ate4nciones se den de acuerdo a lo establecido en los lineamiento y manuales operativos establecidos por el ICBF.

Decisiones:

- Cumplir a cabalidad con cada una de las funciones asignadas a fin de garantizar que los usuarios reciban las atenciones y se genere una garantia de derechos según la necesidad-
- Cumplir con los documentos técnicos dispuestos pro el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar Sustituto.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Cumplir a cabalidad con cada una de las funciones asignadas a fin de garantizar que los usuarios reciban las atenciones y se genere una garantía de derechos según la necesidad	Equipo psicosocial – coordinación sede Ptalito	constantemente
Cumplir con los documentos técnicos dispuestos pro el ICBF para el desarrollo de la modalidad Hogar Sustituto.	Equipo psicosocial – coordinación sede Ptalito	constantemente

FIRMA ASISTENTES			
Nombre Se lista mínimo, quien preside la reunión/comité y los responsables de	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**

Powered by CamScanner

cumplir los compromisos adquiridos. No obstante, si la reunión o Comité es soportada por una resolución o acuerdo, dependerá de lo establecido en dicho acto administrativo o lo que definan los asistentes.			
Paola Andrea Marin González	coordinadora	Fundación social yo te cuido	
Fabian Andrés Lamilla Galvis	Coordinador	Fundación social yo te cuido	
Derly Liliana Hoyos Muñoz	Gestor de caso	Fundación social yo te cuido	
Sandra Mercedes Rodriguez	Trabajadora social	Fundación social yo te cuido	
Ana Lucia Muñoz Ortega	Psicólogo	Fundación social yo te cuido	
Mónica Johana Cruz Samboni	Auxiliar administrativa	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión (en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Agosto 2024	8:00 A.M	Fundación social yo te cuido
Colaborador que elabora el acta:	Paola Andrea Marin González		



Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	**ANDREY GUZMAN**
CÉDULA	**1094899924**
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA

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

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

PÚBLICA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

PÚBLICA

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

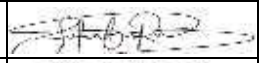
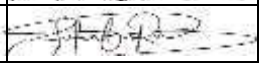
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

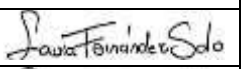
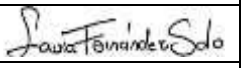
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO
Tel(s). 836 3170 - 836 1491 Cel(s). 315 6408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@ssludocupacionalpitalito.com

Resolución 765 habilitación de servicios SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

Codigo de Prestador No. 4155301556001 Licencia 2401 de 2015 expedida por la Secretaria Deptal del Huila

84131

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-01-16 14:11

DATOS BASICOS

Empresa: **ALCALDIA DE PITALITO** Nit: **891180077**

Nombres y apellidos: **SANDRA MERCEDES RODRIGUEZ CORTES** CC: **36206406**



Cargo Actual: APOYO PROFESIONAL

Fecha Nacimiento: 1977-06-04 Edad: 46 Años Género: Femenino

TIPO DE EXÁMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

No tiene pruebas funcionales.

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

Restricciones
Ninguna

OBSERVACIONES

RENISIÓN EPS: ☑ SI POR QUÉ?: CITA POR SU EPS CON NUTRICION POR PESO ELEVADO, CONTIMUAR CONTROLES DE PROMOCION Y PREVENCION POR SU EPS SEGUN LA EDAD

RENISIÓN ARL ☑NO

OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO

PVE CARDIOVASCULAR, VISUAL

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: ☑NO

RECOMENDACIONES

PERSONALES:
SE INDICA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PROCURAR BAJA INGESTA DE SAL, AZUCARES, ENLATADOS Y EMPAQUETADOS. DISMINUIR EL CONSUNO DE HARINAS Y FRITOS. EVITAR HABITO DE TABAQUISMO O LICOR, ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 - 5 VECES POR SEMANA POR AL MENOS 30 A 40 MINUTOS.

MEDICAS:
CITA POR SU EPS CON NUTRICION POR PESO ELEVADO, CONTINUAR CON EL USO DE DE GAFAS Y CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA, CONTINUAR CONTROLES DE PRONOCION Y PREVENCION POR SU EPS SEGUN LA EDAD

SST:
SE DAN RECOMENDACIONES DE POSICIONES ERGONOMICAS EN SU SITIO DE TRABAJO Y PARA LA MANIPULACION DE CARGA - DESCARGA DE ELEMENTOS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, USO ADECUADO DE LOS EPP SEGÚN EL CARGO. IDENTIFICAR LAS HERRAMIENTAS Y EQUIPOS DE USO FRECUENTE EN TU PUESTO DE TRABAJO Y UBÍCALOS A TU ALCANCE SEGÚN SU UTILIDAD. UBICA LA PANTALLA A LA MISMA ALTURA QUE LOS OJOS Y PROCURA QUE NO ESTÉ LADEADA. APOYA LA MITAD DEL ANTEBRAZO SOBRE EL ESCRITORIO Y LA OTRA MITAD FUERA DE ESTE, HACIENDO UN ÁNGULO DE 90 GRADOS CON EL CODO. UTILIZA SILLA CON RESPALDO AJUSTABLE, FLEXIBLE, DE ALTURA VARIABLE Y CON UNA LIGERA CURVATURA. ESTA DEBE PERMITIR AJUSTAR SU ALTURA, DE MANERA QUE LOS PIES QUEDEN APOYADOS Y FORMANDO UN ÁNGULO DE 90 GRADOS CON LA RODILLA. SI TU ESTATURA LO REQUIERE USA REPOSAPIÉS. MANTENER LIMPIAS LAS SUPERFIECIES DE TRABAJO Y LAS HERRAMIENTAS ASIGNADAS (SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, SANDRA MERCEDES RODRIGUEZ CORTES, identificado con CC: 36206406, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o examenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico y/o examenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico dé a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

Trabajador:

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO
Tel(s). 836 3170 - 836 1491 Cel(s). 315 6408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

CALIDAD COLOMBIA

MinSalud

Resolución 2003 habilitación de servicios SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

Codigo de Prestador No. 415510136901 Licencia 2401 de 2015 expedida por la Secretaria Deptal del Huila

Dr. Alexander Salazar H.
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Univ. Católica Manizales

ALEXANDER SALAZAR HERRERA
85040

SANDRA MERCEDES RODRIGUEZ CORTES
CC: 36286406

Administrado por: Calidad Colombia Servicios I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpita lito.com | Creador por : MARIBELA SANDOV

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F29.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Shirley Cortilet
CÉDULA	1081941052
CARGO	PSICOLOGA

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
23/07/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Shirley C
23/07/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Shirley C

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F29.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
23/07/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
23/07/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F29.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Luis Manuel Urrego Jaramillo
CÉDULA	1005786309
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRACTIVO

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
23/07/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
23/07/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Luisa Mercedes Urrego Jaramillo
CÉDULA	1005286399
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRACTIVO

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
23/07/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
23/07/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F29.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Laura Ximena Losada
CÉDULA	1081415798
CARGO	GESTORA DE CASO

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
23/07/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
23/07/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

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

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

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

CERTIFICA

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

Neiva -06 de agosto del 2024

Atentamente,



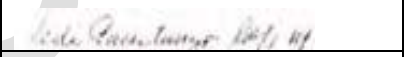
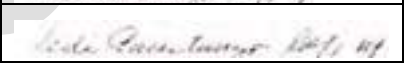
YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F29.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

NTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA:

NOMBRE	Monica Johana Cruz S.
CÉDULA	1080930730
CARGO	Auxiliar Administrativo

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

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

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F29.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Ana Lucia Muñoz
CÉDULA	36114695
CARGO	Psicologa

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

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

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F29.G7.ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Sandra Mercedes Rodriguez Cortés
CÉDULA	36286406 PTo
CARGO	T.S

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

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

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F20 G7 ABS	25/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Derly Liliana Hoyos M.
CÉDULA	36284187
CARGO	Gestor de Caso.

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

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

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

IPS
NANCY CEDEÑO ANGEL
Laboratorio Clínico
NIT: 901532080-0
CALLE 4 N° 5 24 - 28 LA PLATA - HUILA 8370139 - 3108607645

PACIENTE: Laura Ximena Losada Alvira **EDAD**: 28 años 8 m
FECHA: 12 de febrero del 2024 **ID**: 1081415798
ENPRESA: Servicios Integrales De Salud **ANALISIS**: 502

EXAMEN COPROLOGICO

MACROSCOPICO

Color	CAFE
Consistencia	BLANDA

PARASITOLOGICO

Observaciones	NEGATIVO PARA PARASITOS INTESTINALES EN LA MUESTRA EXAMINADA.

Informe
AUXILIAR ROSA FERNANDA ROJAS

ARLETNE DE LA CRUZ MADRY AGUAS
Bacteriólogo
Reg. 886 CC 1102561347

Powered by CamScanner

IPS
NANCY CEDEÑO ANGEL
Laboratorio Clínico
NIT: 901532080-0
CALLE 4 N. 3 24 - 28 LA PLATA - HUILA 8378139 - 3106807645

PACIENTE: Laura Ximena Losada Alvira **EDAD**: 28 años 8 m
FECHA: 12 de febrero del 2024 **ID**: 1081415798
EMPRESA: Servicios Integrales De Salud **ANALISIS**: 502

EXAMEN DE GARGANTA

PRUEBAS ESPECIALES

KOH UÑAS	NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS MICOTICAS.

GRAM

Bacilos gram negativo	+
Cocobacilos Gram Negativos	++
Reacción leucocitaria	ESCASA

Informe
AUXILIAR ROSA FERNANDA ROJAS

ARIETNE DE LA CRUZ NAUNY AGUAS
Bacteriólogo
Reg. 896 CC 1102581347

Powered by CamScanner

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.588

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	02 MES	2024 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

HOGAR INFANTIL LA PLATA

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LOSADA ALVIRA LAURA XIMENA	FEMENINO	29 AÑOS 8 MESES 16 DÍAS	CC Tipo	1081415798 Número

Cargo
AGENTE EDUCATIVO

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

Observaciones. *NO APLICA*

SI	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	✓
COPROLOGICO	✓	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (PROTH. FARINGEO)	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	S/VE VISUAL	CONTROL DE PESO
[redacted] RACION POR EPS : FISIOTERAPIA	S/VE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	
	OTROS : DESPARASITACION PREVIA AL INGRESO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2005 L.S.O.: 1376/2021

Código de Seguridad
Z631F1L30588

Aspirante o Trabajador

Firma: Laura Xim

Nombre: LOSADA ALVIRA LAURA XIMENA

CC: 1081415798

Powered by CamScanner

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8608 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 31 - La Plata
serviciosintegralesdesalud@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.886

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
8 (A)	02 (MES)	2023 (AÑO)	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) (Ciudad)	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

HOGAR INFANTIL LA PLATA

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de identificación	
LOSADA ALVIRA LAURA XIMENA	FEMENINO	27 AÑOS 8 MESES 12 DIAS	CC (Tipo)	1081415798 (Número)

NTE

NCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

servaciones: *NO APLICA*

%	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

STRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
0 RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

ISULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	✓
IOMETRIA SOD	✓	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) INMUNOLOGICO DIRECTO	✓
ICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)	✓	ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD- PSICOTECNICA	✓
IOGRAMA IV	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
IOGIA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS CARDIOVASCULAR	✓
ESTEROL TOTAL	✓	ENFASIS PSICOSOCIAL	✓
GLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
A CORRECCIÓN VISUAL - DE PROTECCIÓN PARA ITALLAS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
ORACIÓN POR EPS - NUTRICIÓN Y FISIOTERAPIA	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CAPACITACIÓN ERGONOMÍA	

RAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Powered by CamScanner

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma: Laura Vim

Nombre: LOSADA ALVIRA LAURA XIMENA

CC: 1081415798

Título:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

M.: 1384/2006 L.S.O. 1378/2021

Código de Seguridad D631J1P22886

Powered by CamScanner

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



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales — N° Atención: 389

Ciudad: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) 06/10/2023 10:42 A. M. Fecha Atención: 06/10/2023 10:42:04 A. M.

EC: 1081411798 Nombres y Apellidos: LOSADA ALVIRA LAURA XIMENA Fecha de Nacimiento: 26/05/1995 Edad: 27 AÑOS 4 MESES 25 DÍA

Genero: FEMENINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: CL 11B N° 16 -15 Teléfono: Celular: 3203480677

Entidad: HOGAR INFANTIL LA PLATA Profesión u Cargo: DOCENTE

Funciones del Cargo: DOCENTE DE 3 A 4 AÑOS Nivel Académico: UNIVERSITARIO Acudiente:

Teléfono del Acudiente: Parentesco:

Diagnóstico:

PARA ESTA VALORACIÓN PSICOLOGICA DE INGRESO SE APLICO LA PRUEBA MINIMENTAL QUE EVALUA LA FUNCIÓN EJECUTIVA Y VISOESPACIAL, LA IDENTIFICACIÓN, LA MEMORIA, LA ATENCIÓN, EL LENGUAJE, LA ABSTRACCIÓN, EL RECUERDO Y LA ORIENTACIÓN, PARA LA DETECCIÓN DE LAS ACTITUDES PSICOLÓGICAS CONSIDERADAS DEL RIESGO PARA LA REALIZACIÓN DEL EJERCICIO DE LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULO, AL IGUAL QUE SE APLICO UNA ENTREVISTA DIRECTA SEMIESTRUCTURADA Y UNA VALORACIÓN DE EXAMEN MENTAL PSICOLÓGICO.

LLEVA AL REDEDOR DE 6 AÑOS REALIZANDO LA LABOR, SE CONSIDERA BUENA PERSONA, TRABALADORA, RESPONSABLE CON SUS DEBERES, SOCIABLE, CON METAS Y PROYECTOS SE CONSIDERA EJE CENTRAL EN SU HOGAR.

EXAMEN MENTAL

PRINCIPALMENTE PRESENTA UNA ACTITUD DE COLABORACIÓN Y ESCUCHA EN EL PROCESO DE ENTREVISTA Y EN LA VALORACIÓN DEL EXAMEN MENTAL PSICOLÓGICO.

PORTE Y ACTITUD: HIGIENE CORPORAL, POSTURA Y MIRADA Y EXPRESION FACIAL ADECUADA PARA SU EDAD. PRESENTACIÓN ADECUADA A SU EDAD Y SU PERSONALIDAD.

LENGUAJE: MANEJA UN LENGUAJE COHERENTE Y COMPRENSIVO, BUENA PRODUCCIÓN VERBAL, ADECUADA ARTICULACIÓN Y EMISIÓN, FLUIDEZ VERBAL ADECUADA, DISCURSO, RITMO ADECUADO Y TONO SIN DIFICULTAD. EL TIMBRE DE VOZ ES NORMAL.

PERCEPCION: EN CUANTO A LA PERCEPCIÓN, ESTOS SE ENCUENTRAN ADECUADOS PUES RECONOCE LA CALIDAD Y CUALIDAD DE TODOS LOS ESTÍMULOS TANTO VISUALES, AUDITIVOS, OLFATORIOS Y TÁCTILES.

INTELIGENCIA: SU PROMEDIO NORMAL AL RANGO.

EUMNOSÉRICA: CAPACIDAD DE ATENCIÓN NORMAL.

MEMORIA: ESTA FUNCIÓN SE ENCUENTRA NORMAL PUES EN LO QUE CONCIERNE A SU MEMORIA, MEDIATA MEMORIA INMEDIATA Y MEMORIA REMOTA NO PRESENTANDO ANOMALÍA ALGUNA.

SUEÑO: EL PROMEDIO DE HORAS ESTA ENTRE 5 A 6 HORAS DE SUEÑO.

EN CUANTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA MINIMENTAL FUE DE 30/30, SEGUN EL EXAMEN MENTAL LOS RESULTADOS OBTENIDOS SON POSITIVOS Y LA ENTREVISTA SE EVIDENCIA NORMALIDAD, POR LO QUE SE CONSIDERA APTO PARA EL DESARROLLO DE SU FUNCIONES QUE REALIZARÁ.

Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO

PSICÓLOGO

Firma:
Nombre: VALENCIA USPINA EMMA ROCIO
R. M.: 120627

PACIENTE

Firma:
Nombre: LOSADA ALVIRA LAURA XIMENA
CC: 1081411798

Powered by CamScanner

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8805 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES Atención N°: 5647

Fecha: 08/02/2023 Ciudad: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA)
Tipo Examen: CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO) Eps:
CC: 1081415708 Nombre: LOSADA ALVIRA LAURA XIMENA Edad: 27 AÑOS 8 MESES 28 DÍAS Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 28/05/1995 Empresa: HOGAR INFANTIL LA PLATA Ocupacion: DOCENTE

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO	NO	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en:	Observación	Antecedente en	Observacion
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGIA	NO REFIERE	OTROS	
[redacted]GESTA OTOTOXICOS	NO REFIERE		

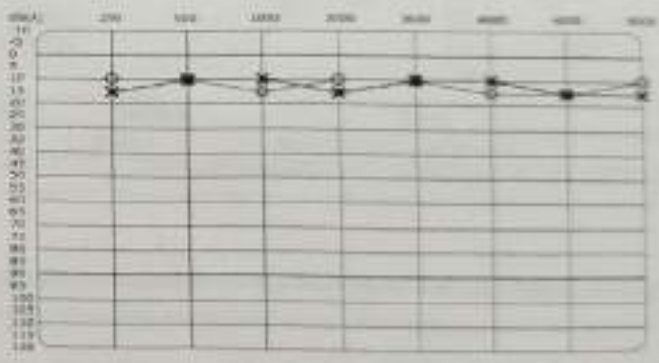
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en:	Observación	Antecedente en:	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLIGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas): 24 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometro utilizado: AUDIOMETRO F. Ultima Calibración: 2019-06-29

○ Via aérea del OD × Via aérea del OI
< Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > Via ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: SIN NOVEDAD
Oído izquierdo: SIN NOVEDAD

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
AOD	10	10	10	10	10	15	15	10
AOI	15	10	10	15	10	10	15	15

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído Izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	PROFESIONAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA FUNCIONAL NORMAL.

SE DA EDUCACIÓN SOBRE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE.

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: CAJAS PAZ EDWIN YAMIR
R.M.: 1081757764 L.S.O.:

Código de Seguridad
Z631F2L5847

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: LOSADA ALVIRA LAURA XIMENA
CC 1081415708

Ingreso el 22/02/2023 a las 02:20 p.m.

Software para el sector salud - www.inofile.com.co

Powered by CamScanner

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



EXAMEN DE MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)

DATOS PERSONALES Atención N°: 4.335

Fecha: 08/02/2023 Municipio: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) CC: 1081415798 Nombre: LOSADA ALVIRA LAURA XIMENA Edad: 27 AÑOS 8
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: DOCENTE Empresa: HOGAR INFANTIL LA PLATA
Eps: Tipo Evaluacion Medica: CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO) F. Último Examen: N/A
Lugar del Último Examen: N/A Motivo Consulta: VISIOMETRIA DE INGRESO, USA GAFAS, ULTIMA RX FORMULADA HACE

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	DIABETES, HTA, C.A
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	OCASIONAL
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	0.5
O.I:	NO APLICA	20/ 20	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	0.5
A.O:	NO APLICA	20/ 20	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	0.5

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMUN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

TRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

TEST ISHIHARA: NORMAL
VISION DE PROFUNDIDAD: 40 " ARCO
EXAMEN EXTERNO: SANO
PPC: NARIZ

APROBADO VISUAL

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: CHAVEZ LOPEZ YORLY TATIANA
R. M.: 1015451704 L.S.Q.:

Código de Seguridad
L631R3X4335

PACIENTE

Laura Xime

Firma:
Nombre: LOSADA ALVIRA LAURA XIMENA
CC: 1081415798

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO
NANCY CEDENO
DIRECCION -CALLE 4N3-24
TELEFONO- 3105607645
LA PLATA - HUILA

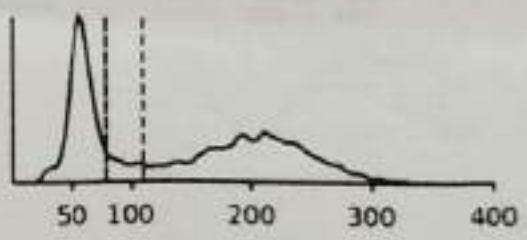
INFORME RESULTADO PACIENTE

ID paciente 1081415798	**Apell** LOSADA ALVIRA	**Nombre** LAURA XIMENA
Tipo Mujer	**Fecha nacimiento** 28/05/1995	
ID muestra 350	**Fecha análisis** 08/02/2023 10:03:39	**Operador** labtech
Servicio SERVICIOS INTEGRALES		**Médico**

Alarmas analizador
Alarmas de análisis G2, QCtl

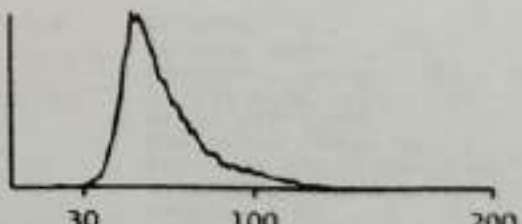
				Límites	
LEU	7.2		$10^3/mm^3$	4.1	11.1
LIN%	39.7		%	16.0	46.0
MON%	6.3		%	2.3	8.5
GRA%	54.0		%	48.7	81.2
LIN#	2.80		$10^3/mm^3$	1.20	3.70
MON#	0.40		$10^3/mm^3$	0.10	0.60
GRA#	4.00		$10^3/mm^3$	2.30	8.20

LEU



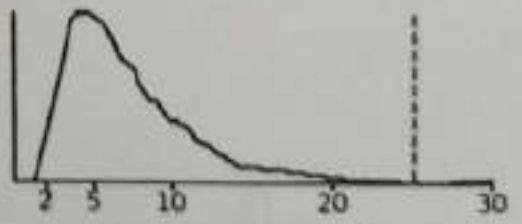
ERI	5.04		$10^6/mm^3$	3.90	5.20
HGB	13.1		g/dl	12.0	15.1
HCT	43.1		%	36.4	46.0
VCM	85		μm^3	83	96
HCM	26.1	L	pg	26.4	32.3
CHCM	30.5	L	g/dl	31.8	34.2
IDE	13.5		%	11.9	14.4

ERI



PLA	335		$10^3/mm^3$	168	418
VPM	7.1		μm^3	7.0	10.5
PCT	0.239		%	0.150	0.500
IDP	15.6		%	11.0	18.0

PLA



Impreso el 08/02/2023 10:03:52 Impreso por labtech Micros N° 809ESOH13839
PCT y IDP sólo para fines investigadores

Powered by CamScanner

IPS
NANCY CEDEÑO ANGEL
Laboratorio Clínico
NIT: 901532080-0
CALLE 4 N. 3 24 - 26 LA PLATA - HUILA 8370139 - 3105607645

PACIENTE: Laura Ximena Losada Alvira **EDAD:** 27 años 8 m
FECHA: 8 de febrero del 2023 **ID:** 1081415798
EMPRESA: Servicios Integrales De Salud **ANALISIS:** 350

EXAMEN DE SANGRE

	RESULTADO	V.REFERENCIAL
BIOQUIMICO		
Glucosa en ayunas	85.8 mg/dl	60 - 100
Colesterol Total	247.8 mg/dl	ADULTOS Deseable: menor de 200 Limitrofe: 200 - 239 Alto: 240 o mayor NIÑOS Y ADOLESCENTES Deseable: menor de 170 Limitrofe : 170 - 200 Alto: 200 o mayor
Triglicéridos	212.0 mg/dl	ADULTOS Normal: menor a 150 Limite alto: 150 - 199 Alto: 200 - 499 Muy alto: 500 o mayor NIÑOS Y ADOLESCENTES Deseable: menor a 126 Normal: menor a 200 Limite alto: 200 - 400 Alto: 400 - 999 Muy alto: 1000 o mayor
Colesterol HDL	43.0 mg/dl	Optimo: 40 - 150 Por debajo de 40 riesgo de enfermedad cardiaca coronaria (ECC)
Colesterol LDL	161.6 mg/dl	ADULTOS Optimo: menor a 100 Cercano a óptimo: 100 - 129 Limite alto: 130 - 159 Alto: 160 - 189 Muy alto: 190 o mayor Personas con otros riesgos cardiacos: mantener niveles menores a 80 NIÑOS Y ADOLESCENTES Optimo: menor a 110

Informe
AUXILIAR ROSA FERNANDA ROJAS

ARLEINE DE LA CRUZ MAURY AHUAS
Bacteriólogo
Reg. 896 CC 1102581347

Powered by CamScanner



Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

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

N° 32.422

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	04 MES	2024 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

PARTICULARES

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VINASCO JARAMILLO LUISA MERCEDES	FEMENINO	23 AÑOS 11 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1005786399 (Número)

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

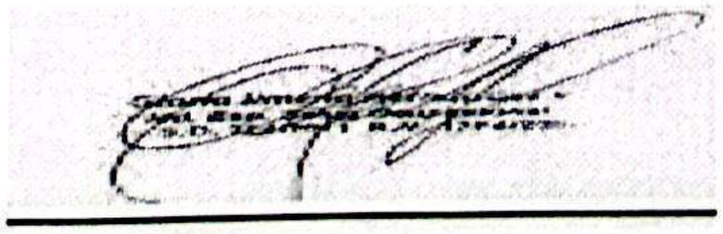
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD- PSICOTECNICA ✓
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA) ✓	----------

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

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

Código de Seguridad
A631G1M32422

Aspirante o Trabajador

Firma: luisa Vin

Nombre: VINASCO JARAMILLO LUISA MERCEDES

CC: 1005786399

Powered by CamScanner



Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

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

EXAMEN DE MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)

Atención Nº: 7,126

DATOS PERSONALES

Fecha: 09/04/2024 **Municipio:** LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) **CC:** 1005786399 **Nombre:** VINASCO JARAMILLO LUISA MERCEDE **Edad:** 23 AÑOS 1
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** DOCENTE **Empresa:** PARTICULARES
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO) **F. Último Examen:** N/A
Lugar del Último Examen: NA **Motivo Consulta:** VISIOMETRIA INGRESO, ASINTOMATICO.

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECENDENTES VISUALES	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 20	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

TEST ISHIHARA: NORMAL
ESTEREOPSIS: 25" ARCO
PPC: NARIZ
OJO DOMINANTE:DERECHO
EXAMEN EXTERNO; SANO

APROBADO VISUAL.

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: CHAVEZ LOPEZ YORLY TATIANA
R. M.: 1015451704 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
Z631F3L7126

PACIENTE luisa Vin

Firma:
Nombre: VINASCO JARAMILLO LUISA MERCEDES
CC: 1005786399

Powered by CamScanner

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

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



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales — **N° Atención: 1,733**

Ciudad: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) 09/04/2024 - 04:49 P. M. **Fecha Atención:** 09/04/2024 04:49:42p. m.

CC: 1005786399 **Nombres y Apellidos:** VINASCO JARAMILLO LUISA MERCEDE **Fecha de Nacimiento:** 05/05/2000 **Edad:** 23 AÑOS 11 MESES 6 DÍA

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CRA 10 E N° 5-31 **Teléfono:** **Celular:** 3108261849

Entidad: PARTICULARES **Profesión o Cargo:** DOCENTE

Funciones del Cargo: DOCENTE CDI VILLA DE SAN SEBASTIAN **Nivel Académico:** TÉCNICO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

PARA ESTA VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE INGRESO SE APLICÓ LA PRUEBA MINIMENTAL, CON LA FINALIDAD DE CONOCER ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO AFECTIVO, EMOCIONAL, RACIONAL, PRAGMÁTICO Y OBJETIVO; COMO SU CAPACIDAD CONCEPTUAL, SU GRADO DE AFRONTAR AL ESTRÉS, SU CAPACIDAD LABORAL, SU CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE EN LA EMPRESA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD.

LOS RESULTADOS PERMITE TENER UNA VISIÓN REALISTA Y DETALLADA TANTO DE SUS PROPIAS CAPACIDADES COMO DE LAS ASPIRACIONES Y MOTIVACIONES, TIENE UNA ACTITUD POSITIVA Y CONSTRUCTIVA.

SUS RESULTADOS INDICAN QUE EL INDIVIDUO TIENDE A SER RACIONAL, FORMAL, REALISTA Y DETALLADO TANTO DE SUS PROPIAS CAPACIDADES COMO DE LAS ASPIRACIONES Y MOTIVACIONES, ADEMÁS MUESTRA QUE TIENE VENTAJAS EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES.

POR LO DEMÁS DURANTE LA ENTREVISTA DIRECTA Y SEMIESTRUCTURADA, SE LOGRÓ EVIDENCIAR QUE ES UNA PERSONA CON NIVEL AFECTIVO, SOCIAL, FAMILIAR Y LABORAL.

EXAMEN MENTAL

PRINCIPALMENTE PRESENTA UNA ACTITUD DE COLABORACIÓN Y ESCUCHA EN EL PROCESO DE ENTREVISTA Y EN LA VALORACIÓN DEL EXAMEN MENTAL PSICOLÓGICO.

PORTE Y ACTITUD: HIGIENE CORPORAL, POSTURA Y MIRADA Y EXPRESIÓN FACIAL ADECUADA PARA SU EDAD. PRESENTACIÓN ADECUADA A SU EDAD Y SU PERSONALIDAD.

LENGUAJE: MANEJA UN LENGUAJE COHERENTE Y COMPRENSIVO, BUENA PRODUCCIÓN VERBAL, ADECUADA ARTICULACIÓN Y EMISIÓN. FLUIDEZ VERBAL ADECUADA, DISCURSO, RITMO ADECUADO Y TONO SIN DIFICULTAD. EL TIMBRE DE VOZ ES NORMAL.

PERCEPCIÓN: EN CUANTO A LA PERCEPCIÓN, ESTOS SE ENCUENTRAN ADECUADOS PUES RECONOCE LA CALIDAD Y CUALIDAD DE TODOS LOS ESTÍMULOS TANTO VISUALES, AUDITIVOS, OLFATORIOS Y TÁCTILES.

INTELIGENCIA: SU PROMEDIO NORMAL AL RANGO.

EUPROSÉXICA: CAPACIDAD DE ATENCIÓN NORMAL.

MEMORIA: ESTA FUNCIÓN SE ENCUENTRA NORMAL PUES EN LO QUE CONCIERNE A SU MEMORIA, MEDIATA MEMORIA INMEDIATA Y MEMORIA REMOTA NO PRESENTANDO ANOMALÍA ALGUNA.

SUEÑO: EL PROMEDIO DE HORAS ESTA ENTRE 5 A 6 HORAS DE SUEÑO.

EN CUANTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA MINIMENTAL FUE DE 30/30, SEGÚN EL EXAMEN MENTAL LOS RESULTADOS OBTENIDOS SON POSITIVOS Y LA ENTREVISTA SE EVIDENCIA NORMALIDAD, POR LO QUE SE CONSIDERA APTO PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES QUE REALIZARÁ.

Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO.

PSICÓLOGO

Firma:
Nombre: VALENCIA OSPINA ERIKA ROCIO
R. M.: 120627

PACIENTE

Firma:
Nombre: VINASCO JARAMILLO LUISA MERCEDES
CC: 1005786399

Powered by CamScanner

Servicios Integrales De Salud

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.419

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	04 MES	2024 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

PARTICULARES

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY	FEMENINO	38 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	1081397052 (Número)

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD- PSICOTECNICA	✓
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)	✓	.....	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR CORRECCIÓN OPTICA PARA VISION LEJANA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL REALIZAR PAUSAS ACTIVA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

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

Código de Seguridad
B631H1N32419

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY

CC: 1081397052

Powered by CamScanner

Servicios Integrales De Salud

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



EXAMEN DE MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)

DATOS PERSONALES — Atención Nº: 7,123

Fecha: 09/04/2024 Municipio: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) CC: 1081397052 Nombre: GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY Edad: 36 AÑOS 1
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: PSICOLOGA Empresa: PARTICULARES
Eps: Tipo Evaluación Medica: CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO) F. Último Examen: N/A
Lugar del Último Examen: NA Motivo Consulta: VISIOMETRIA INGRESO. DEFICIENCIA VISUAL LEJOS.

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 25	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 25	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 25	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

REMISIONES

VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA BAJO CICLOPLEJIA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

TEST ISHIHARA: NORMAL
ESTEREOPSIS: 20" ARCO
PPC: NARIZ
OJO DOMINANTE:DERECHO
EXAMEN EXTERNO: SANO

APROBADO VISUAL

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: CHAVEZ LOPEZ YORLY TATIANA
R. M.: 1015451704 L.S.O.:

Código de Seguridad
O631U3A7123

PACIENTE

Firma:
Nombre: GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY
CC: 1081397052

Powered by CamScanner

Servicios Integrales De Salud

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



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales — **N° Atención: 1.730**

Ciudad: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) 05/04/2024 - 04:26 P. M. **Fecha Atención:** 05/04/2024 04:26:50p. m.

CC: 1081397052 **Nombres y Apellidos:** GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY **Fecha de Nacimiento:** 25/06/1987 **Edad:** 36 AÑOS 10 MESES 1 DÍA

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CRA 10E N°6-79 **Teléfono:** **Celular:** 3147888239

Entidad: PARTICULARES **Profesión o Cargo:** PSICOLOGA

Funciones del Cargo: APOYO EN MODALIDAD FAMILIAR **Nivel Académico:** SECUNDARIA **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

PARA ESTA VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE INGRESO SE APLICÓ LA PRUEBA MINIMENTAL, CON LA FINALIDAD DE CONOCER ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO AFECTIVO, EMOCIONAL, RACIONAL, PRAGMÁTICO Y OBJETIVO; COMO SU CAPACIDAD CONCEPTUAL, SU GRADO DE AFRONTAR AL ESTRÉS, SU CAPACIDAD LABORAL, SU CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE EN LA EMPRESA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD.

LOS RESULTADOS PERMITE TENER UNA VISIÓN REALISTA Y DETALLADA TANTO DE SUS PROPIAS CAPACIDADES COMO DE LAS ASPIRACIONES Y MOTIVACIONES, TIENE UNA ACTITUD POSITIVA Y CONSTRUCTIVA.

SUS RESULTADOS INDICAN QUE EL INDIVIDUO TIENDE A SER RACIONAL, FORMAL, REALISTA Y DETALLADO TANTO DE SUS PROPIAS CAPACIDADES COMO DE LAS ASPIRACIONES Y MOTIVACIONES, ADEMÁS MUESTRA QUE TIENE VENTAJAS EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES.

POR LO DEMÁS DURANTE LA ENTREVISTA DIRECTA Y SEMIESTRUCTURADA, SE LOGRÓ EVIDENCIAR QUE ES UNA PERSONA CON NIVEL AFECTIVO, SOCIAL, FAMILIAR Y LABORAL.

EXAMEN MENTAL

PRINCIPALMENTE PRESENTA UNA ACTITUD DE COLABORACIÓN Y ESCUCHA EN EL PROCESO DE ENTREVISTA Y EN LA VALORACIÓN DEL EXAMEN MENTAL PSICOLÓGICO.

PORTE Y ACTITUD: HIGIENE CORPORAL, POSTURA Y MIRADA Y EXPRESIÓN FACIAL ADECUADA PARA SU EDAD. PRESENTACIÓN ADECUADA A SU EDAD Y SU PERSONALIDAD.

LENGUAJE: MANEJA UN LENGUAJE COHERENTE Y COMPRENSIVO, BUENA PRODUCCIÓN VERBAL, ADECUADA ARTICULACIÓN Y EMISIÓN. FLUIDEZ VERBAL ADECUADA, DISCURSO, RITMO ADECUADO Y TONO SIN DIFICULTAD. EL TIMBRE DE VOZ ES NORMAL.

PERCEPCIÓN: EN CUANTO A LA PERCEPCIÓN, ESTOS SE ENCUENTRAN ADECUADOS PUES RECONOCE LA CALIDAD Y CUALIDAD DE TODOS LOS ESTÍMULOS TANTO VISUALES, AUDITIVOS, OLFATORIOS Y TÁCTILES.

INTELIGENCIA: SU PROMEDIO NORMAL AL RANGO.

EUPROSÉXICA: CAPACIDAD DE ATENCIÓN NORMAL.

MEMORIA: ESTA FUNCIÓN SE ENCUENTRA NORMAL PUES EN LO QUE CONCIERNE A SU MEMORIA, MEDIATA MEMORIA INMEDIATA Y MEMORIA REMOTA NO PRESENTANDO ANOMALÍA ALGUNA.

SUEÑO: EL PROMEDIO DE HORAS ESTA ENTRE 5 A 6 HORAS DE SUEÑO.

EN CUANTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA MINIMENTAL FUE DE 30/30, SEGÚN EL EXAMEN MENTAL LOS RESULTADOS OBTENIDOS SON POSITIVOS Y LA ENTREVISTA SE EVIDENCIA NORMALIDAD, POR LO QUE SE CONSIDERA APTO PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES QUE REALIZARÁ.

Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO

PSICÓLOGO

Firma:

Nombre: VALENCIA OSPINA ERIKA ROCIO

R. M.: 220627

PACIENTE

Firma:

Nombre: GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY

CC: 1081397052

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

CARRERA 2 NO. 4-50 CENTRO
Tel(s): 836 3170 - 836 1491 Cel(s): 315 6408296
web: www.saludocupacionalpitalito.com correo: info@saludocupacionalpitalito.com

CALIDAD COLOMBIA

MinSalud
Resolución 196 habilitación de servicios
SECRETARÍA DE SALUD DEPTAL

Codigo de Prestador No. 4155501569O1 Licencia 2401 de 2015 expedida por la Secretaria Deptal del Huila
60307

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-06-19 09:09

DATOS BASICOS

Empresa	PARTICULARES	Nit:	891180077
Nombres y apellidos	DERLY LILIANA HOYOS MUÑOZ	CC:	36287487
Cargo Actual	PROFESIONAL UNIVERSITARIO		
Fecha Nacimiento	1978-08-13	Edad: 43 Años	Género: Femenino



TIPO DE EXÁMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

No tiene pruebas funcionales.

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

Restricciones
Ninguna

OBSERVACIONES

REMISION EPS: ☑ NO
REMISIÓN ARL: ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE: Ninguna
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: ☑NO

RECOMENDACIONES

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD - PACIENTE SIN SIGNOS DE INFECCION RESPIRATORIA - CUIDADOS DE HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS IDEALMENTE CADA DOS HORAS CON EJERCICIS DE FLEXO-EXTENSION, MOVIMIENTOS Y ESTIRAMIENTO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, DERLY LILIANA HOYOS MUÑOZ, identificado con CC. 36287487, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo doy constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

CAMILO ANDRES SASTOQUE MENACA
Médico Laboral

CAMILO ANDRES SASTOQUE MENACA
RESOLUCION SST 2041/2015

Trabajador:

Derly Liliana Hoyos M

DERLY LILIANA HOYOS MUÑOZ
CC: 36287487

Powered by CamScanner

Salud Ocupacional

DR. OSCAR MAURICIO PEREZ Q.
MEDICO ESPECIALISTA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. LSO2923/2023 Y RM.0373/2003
CEL. 318 248 16 38

CERTIFICADO DE APTITUP MEDICO-LABORAL

I-INFORMACION PERSONAL:

FECHA:	26/07/2024
NOMBRE:	MONICA JOHANA CRUZ SAMBONI
C.C :	1089930730
FECHA NACIMIENTO:	08/09/1986
EDAD:	37 AÑOS
SEXO:	FEMENINO
DIRECCION:	Carrera 2 # 1-48
TEL:	3132223511
CORREO ELECTRONICO:	arlinson0902@gmail.com
ESCOLARIDAD:	BACHILLER

II-INFORMACION DE LA EMPRESA:

EMPRESA:	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
CARGO:	ADMINISTRATIVO
EPS:	NUEVA EPS
FONDO PENSIONES:	PORVENIR
ARL	POSITIVA

III-CONCEPTO MEDICO:

SIN RESTRICCIONES MEDICO-LABORALES	X
CON RESTRICCIONES MEDICO-LABORALES	
APLAZADO	

IV-EXAMEN MEDICO-LABORAL CON ENFASIS:

SISTEMA OSTEOMUSCULAR	x
EJECUCION LABORES EN ALTURA	
EJECUCION LABORES ESPACIOS CONFINADOS	

V-AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:

EXAMENES DE LABORATORIO	NO
AUDIOMETRIA	NO
OPTO/VISIOMETRIA	NO
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	NO
PRUEBA PSICOLOGICA	NO
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NO

VI-CONDUCTA MEDICA:

REMISON A EPS	NO
RESMISION ARL	NO
OTRA	NO

VII-OBSERVACIONES:

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL DE (INGRESO)CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR: (SATISFACTORIO)TRABAJADOR(A) SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA EJECUTAR LABORES AFINES AL CARGO: (ADMINISTRATIVO)

RECOMENDACIONES:

HACER LAS PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA TENER HABITOS DE VIDA SALUDABLES, MANTENER POSTURA CORPORAL CORRECTA, UTILIZAR LOS E.P.P. HACER LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPREVENCION SARS COVID-1, PRESA PARA PREVENIR LOS A.T.E.P. SEGUIR LOS PROTOCOLOS

La empresa o contratista puede comprobar la legalidad de este documento al celular 318 248 16 38 O 305-476 0129

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA: (OSCAR MAURICIO PEREZ QUIMBAYA)

Powered by CamScanner

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

CERTIFICA

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

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

Neiva 06 de agosto del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

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

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

Neiva - 06 de agosto del 2024

Atentamente,

_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

FUNDACION SOCAIL YO TE CUIDO

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

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

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

PÚBLICA

Dado en Neiva , el 31 de julio de 2024

Atentamente,



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

PÚBLICA

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

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

CIUDAD Garzón FECHA 11-04-2024 ACTA Nº 01-298-001

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] Establecimiento de Especialidad Pública [ ] Establecimiento de Atención Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Secretaría Salud Distal

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*RAZÓN SOCIAL Fundación Social yo te cuido
*CÓDIGO CIIU 9004957029
NOMBRE COMERCIAL Fundación social yo te cuido
*DIRECCIÓN Cll 14 # 3-80 MATRÍCULA MERCANTIL
*DEPARTAMENTO Huila *MUNICIPIO Garzón
Barrio X Vereda Corregimiento Comuna Localidad
Sector Manzana Predio Inscrito Edificio Piso
Vía Cra Calle Santa Clara
TELÉFONOS 318 5661665 CORREO ELECTRÓNICO [illegible]
CORREO ELECTRÓNICO [illegible]
NOMBRE DEL PROPIETARIO Yuri Paola Aguirre Losada
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC [X] CE [ ] NIT [ ] *Número de documento 36547141
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Yuri Paola Losada
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC [X] CE [ ] NIT [ ] *Número de documento 36547141
CORREO ELECTRÓNICO [illegible]
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cll 6 # 7E 40
EL REPRESENTANTE DE ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA SI [ ] NO [ ]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA [illegible]
DEPARTAMENTO Huila MUNICIPIO Garzón
HORARIO Y DÍAS DE FUNCIONAMIENTO Bolra 29 5 Lunes a Viernes Nº DE TRABAJADORES 5
Nº DE EMPLEADOS APLICADOS SERVICIOS PROFESIONALES 5
Nº DE EMPLEADOS APLICADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 5
CÓDIGO CIIU SI [ ] NO [ ] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD Fundación

CONCEPTO SANITARIO DE LA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	dia / mes /año	TIPO DE CONCEPTO (SEGÚN RESOLUCIÓN 1229 DE 2013 vigente)	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
Nº ACTA DE ÚLTIMA VISITA			FAVORABLE CON MEDIDAS SANITARIAS		
			DESFAVORABLE		

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMADA	SOLICITUD DEL INTERESADO [X]	ASESORÍA A PROPIETARIOS, TENEDORES Y/O CUIDADORES
NO PROGRAMADA	BROTE DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE	INCIDENTE DE PRESUNTOS PELIGROS PARA LA SALUD HUMANA
OTRO	Especificar:	

MARQUE Y PUEDA MARCAR MÁS DE UNO SI EL MOTIVO DE LA VISITA SANITARIA ES CONSECUENCIA O ASOCIADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (CU)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos establecidos en el reglamento o normativa sanitaria aplicable
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple todos los requisitos establecidos en el reglamento o normativa sanitaria aplicable
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos establecidos en el reglamento o normativa sanitaria aplicable
Critico (CR)	Los ítems "CR" corresponden cuando el incumplimiento del aspecto genera un riesgo inminente para la salud pública y debe aplicar [illegible] Gestión de Seguridad que implica que el establecimiento cumpla con [illegible]
No Aplica (NA)	Cuando el ítem a evaluar no corresponde a los servicios ofertados por el objeto de NC. Nota: ¿para no afectar cualificación de los ítems en [illegible] como Cumple (C) y no incluirlos en [illegible]

Powered by CamScanner

II. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTOS	DOCUMENTACIÓN		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Programa de salud ocupacional (en caso de requerir notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)	/		
Concesión con gestión de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	/		
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	/		
En caso de requerir de vertimiento de carácter, el empresa contratada para ejecutar el proyecto de vivienda ofrece cuenta con concepto sanitario/viabilidad expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.	/		

I. CONDICIONES LOCATIVAS COMPLEMENTARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CT	NC	NA	CALIFICACIÓN
1.1	Cerramiento perimetral ubicado en terreno de facilidades, dotado de puertas de ingreso, aguas estancadas, estadero de escoria y residuos metálicos, escombros y, en general, a focos de insalubridad inaccesibles para terceros (en caso de riesgo, que ofrezcan peligro de homicidio, estudio (Art. 180, 182, 183 Ley 9 de 1979).	5 /	2.5	0		5
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus diferentes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985).	4 /	2	0		4
1.3	Se encuentran dentro los pisos resbalosos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y mantenimiento, exentos de peligros eléctricos, mecánicos, de caídas que ofrezcan continuidad con la parte higiénica y accesibles, elevados para facilitar el drenaje (Art 123, 124 Ley 9 de 1979).	4 /	2	0		4
1.4	Se encuentran dentro las paredes y techos resistentes de fácil limpieza, desinfección y mantenimiento a cambios ambientales (Art. 125 Ley 9 de 1979)	4 /	2	0		4
1.5	Las redes eléctricas están dentro de las normas técnicas, reglamentos, filtrantes, polvos, equipos eléctricos utilizados para iluminación en áreas específicas están herméticos, protegidos, inaccesibles, inflamables y peligrosos, de manera que no presenten riesgos de incendio y en caso de conflicto con las distancias cumplen lo establecido (Art 127 Ley 9 de 1979).	3 /	1.5	0		3
1.6	Las escaleras, rampas, escalerillas, cuentan con pasamanos y están ubicadas de manera ambientalmente. (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)	4 /	2	0		4
1.7	La ventilación es adecuada para el uso (Art 127 Ley 9 de 1979)	3 /	1.5	0		3
1.8	La luminosidad es suficiente y adecuada de confort para el uso. (Art 155 Ley 9 de 1979)	3 /	1.5	0		3
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 100 % de la sumatoria

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CT	NC	NA	CALIFICACIÓN
2.1	Se abastecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con las características y elementos para el higiene personal, separados por sexo, en cantidad suficiente para el número de trabajadores y visitantes (Artículos 2 y 3 Resolución 2400 de 1979).	10 /		0		0
2.2	Se abastecimiento cuenta con mecanismos de evacuación, aseo y cuenta con el programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos sanitarios e implementado (procedimientos, planillas, cronogramas y registros (Art 207 de 9 de 1979).	8 /	2	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran correctamente rotulados y almacenados.	4 /	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 2.5 % de la sumatoria total

Powered by CamScanner

	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
4.1	Cuenta plan de ejecución del trabajo de acuerdo con el procedimiento establecido (Artículo 210 Decreto 2400 de 2015)	X			4
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y elementos en cuanto a riesgos y circulación de personas, vehículos, maquinaria, elementos de emergencia, etc. (Art 204 Ley 9 de 1979) (Art 62 Resolución 1409 de 1986)	X			3
4.3	Disponibilidad de una alarma de emergencia (Art 72 Resolución 1409 de 1986)	X			2
4.4	Las excavaciones cuentan con todo establecidos, tanga mecanismo y plataformas (Art 66 Resolución 1409 de 1986)	X			3
4.5	La instalación cuenta con sistemas ergonómicos como mecanismos sanitarios y establecimiento establecidos en general todos de funcionamiento. (Art 53 Resolución 1409 de 1986)	X			5
4.6	Cuenta botiquín de primeros auxilios (Art 121 Ley Ord 1979)	X			5
CALIFICACIÓN DEL EL CELO:					La calificación del Riesgo Cumplimiento es: 22 (22) de acuerdo a los ítems

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO	RANGO DE CUMPLIMIENTO
0,0 100%	FAVORABLE	85% - 100%
	FAVORABLE CON RECOMENDACIONES	50% - 84%
	DESFAVORABLE	< 49,9%

NUMERO TOTAL DE REGISTROS TOMADOS (SOLA)	
NUMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

6. OBSERVACIONES

Una parte de la actividad cumplida

Por parte de Colaboradores



VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

IX. MEDIDA SANITARIA

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Dptal.

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

SOMOS, SOMOS HUILENSES GRANDES — Gobernación del Huila

Acta No. 41396-001

INFORMACION GENERAL

OBJETO DE LA VISITA

Visita de oficio	X
Queja del usuario	
Por Requisito Condicionante Previo	
Solicitud del interesado	

SEGUIMIENTO DE VISITA

	VISITA	FECHA
Visita Inicial		16-05-2021
1ª Control		
2ª Control		
3ª Control		

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD: Norte
DEPARTAMENTO O DISTRITO: Huila
FECHA DE VISITA: 16-05-2021

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón social	Fundacion Social Yo Fortuno	NIT. No.	901496706-9
Dirección y Barrio	Cra 3 #3-34 Villa del Prado	Teléfono	3206129977
Representante Legal	Paola Agudelo	C.C.	36347141
Tipo de Establecimiento (subrayar lo que aplica)		e-mail	psicologapaola@fundacionyo.co
		Observaciones	

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

POBLACION

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar está catalogado de riesgo e intolerable para la salud pública y debe aplicar Medida Sanitaria de seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento hasta que cumpla las condiciones mínimas
No Aplica (N/A)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el sujeto de IVC. Nota: para no afectar calificación ítems bloques se dejan otra como Cumple (C) y se indican en Observaciones las razones por que "no aplica" para el establecimiento en vigilado y controlado

Aspectos generales a inspeccionar	Calificación / Cumplimiento C	CP	NC	NA	OBSERVACIONES
1. CONDICIONES LOCATIVAS					
1.1. Se encuentran debidamente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc.	2	1	0	NA	
1.2. Demuestra de conocimiento de esta materia	2	1	0	NA	
1.3. Explique de conocimiento	2	1	0	NA	
1.4. Material adecuado (Señales)	2	1	0	NA	
1.5. Sistema de ventilación de ventiladores (ventiladores).	2	1	0	NA	
2. CONDICIONES SANITARIAS					
2.1. Los servicios sanitarios están en condiciones adecuadas (separados por sexo) con los elementos necesarios para su servicio (papel, jabón, toalla) y elementos visibles el certificado de Limpieza de manos.	2	1	0	NA	
2.2. El aseo general cuenta actualmente permite el funcionamiento adecuado y conforme a lo requerido en la legislación sanitaria.	2	1	0	NA	
2.3. Presenta implementos en buen estado, mantiene para otro mantenimiento de sustancias tóxicas (plaguicidas, insecticidas y pesticidas)	2	1	0	NA	
2.4. Presenta el Programa de limpieza y desinfección. Si aplica capacitación de seguimiento y validez de la calificación.	2	1	0	NA	
2.5. El control de plagas la realizan con una empresa Aplicadora de plaguicidas sanitaria, mediante aseo de ambientes sanitarios ocupacionales	2	1	0	NA	
2.6. Medios Presencia de plagas (cucarachas, roedores, insectos)	2	1	0	NA	
3. SALUD OCUPACIONAL					
3.1. Afiliación a ARL Y EPS. Carnet vigente	2	1	0	NA	
3.2. Plan de evacuación ante una emergencia. Solicitar Copia documento	2	1	0	NA	
3.3 Existe botiquín dotado y camilla, extintores o dispositivos contra incendios ubicados y señalizados para la prevención de personas ausentes.	2	1	0	NA	
3.4. Evidencia de elementos de protección personal sanitarios a la actividad desarrollada. Solicitar Copia de constancia de entrega de EPP a empleados.	2	1	0	NA	
4. ESPACIOS 100% LIBRES DE HUMO					
4.1. Existe un aviso en un lugar visible al público de acuerdo a la Ley 1335 de 2009 sobre prohibición de fumar al público que consuman cigarrillos de cigarrillos.	1	1	0	NA	
4.2. No cuenta con elementos que facilitan el consumo de cigarrillos y sus derivados. Ej. ceniceros, botellas, encendedores, puestos de colillas, entre otros.	2	1	0	NA	
Resultados Obtenidos (Sumatoria de ordenadas 2 y 1)					

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Hogar sostenido

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de ____ días, contados a partir del _____, del mes del ____ de _____ de acuerdo a la Ley 9 de 1979 y demás disposiciones legales vigentes.

CONCEPTO DE LA VISITA

CALIFICACION		RESULTADO OBTENIDO EN PORCENTAJE (%)
34 - 31	FAVORABLE (100% - 90%) X	100%
30 - 16	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS (89% - 51%)	
15 - 0	DESFAVORABLE (50% - 0%)	

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA		PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	
NOMBRE	Angela Sofia Cabrera	NOMBRE	Paola Andrea Agudelo
CC.	55170223	CC.	36347141
CARGO	TO. SANITARIA	CARGO	Psicologa
FIRMA		FIRMA	

Powered by CamScanner

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

CIUDAD: Pitalito FECHA: 03/07/24 ACTA Nº: 183

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial: X Establecimientos de Esparcimiento Público: ☐ Establecimientos de Diversión Público: ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SSM Pitalito

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*RAZÓN SOCIAL: Fundación Social Yo Te Cuido
*CÉDULA / NIT: 901. 496. 702 - 9
*NOMBRE COMERCIAL: Fundación Social Yo Te Cuido
*DIRECCIÓN: Cll 1A # 5-52 MATRÍCULA MERCANTIL:
*DEPARTAMENTO: Huila. *MUNICIPIO: Pitalito
Barrio: Trinidad Manzana: Contorno: 3 Localidad:
Sector: Consultorio: Edificio: UPZ:
Otro: ☐ Cuál:
TELÉFONOS: 320422 7379 CORREO ELECTRÓNICO:
CORREO ELECTRÓNICO: coordinador1yotecuido@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Fundación Social Yo Te Cuido
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT X *Número de documento: 901. 496. 702 - 9
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Hernan David Bonilla Aguirre
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento: 1.003. 951. 300
CORREO ELECTRÓNICO: coordinador1yotecuido@gmail.com
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cll 1A # 5-52
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI X NO ☐
EMAIL/LUGAR DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: coordinador1yotecuido@gmail.com
*DEPARTAMENTO: Huila *MUNICIPIO: Pitalito
HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: Oficina Nº DE TRABAJADORES: 6
Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: (6)
Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: (6)
CÓDIGO CIIU: SI X NO ☐ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: 59199 - NA

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN		TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ULTIMA INSPECCION	%
Nº ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

OBJETIVO DE LA VISITA

PEDI/FIMACION	SOLICITUD DEL PRESTADOR	ASESORIA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA	OBJETIVOS DE INSPECCION DEL PROCESO PROCESOS SANITARIOS ESPECIALES

OTRO: Especifique:

NOMBRE Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE SER EL MOTIVO DE LA VISITA UNA SOLICITUD DE INTERESADO O RADICADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C):	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP):	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC):	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar o evalua
Crítico (CR):	La razón "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y debe aplicar medida sanitaria de Seguridad que implica que el establecimiento cierre su funcionamiento en condiciones inseguras
No Aplica (NA):	Cuando el criterio a evaluar no corresponde o la actividad realizada por el objeto de IVC **Nota: (para no afectar calificación de los ítems se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y comisionado)**

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de informe de seguridad y vigilancia en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo			
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			
En caso de contar de vehículo de carnes, transporte contratado para ejercer el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción			

1. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento está ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de letrinas de pozos, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, malezas, contaminantes y, en general, a focos de insalubridad y de peligros entre en las zonas de riesgo, que afecten o pongan en vulneración, artículo (Art. 180, 182,183 Ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con faja acuosa (Art 49 Resolución 14061 de 1983)	4	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y externos, de manera que ofrezcan condiciones para evitar tropiezos y accidentes, revestidos para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	2	2	0		
1.4	En el establecimiento los techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 196 Ley 9 de 1979)	3	3	0		
1.5	Las tejas e instalaciones eléctricas como interruptores, instalaciones, lámparas y demás equipos o elementos ubicados para iluminación en áreas expendidas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, calculadas y protegidas, de manera que no presenten los riesgos de derrame y no sean el contacto con los alimentos contenidos a razones (Art. 117 Ley 9 de 1979)	0	1.5	0		
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están construidas de material antideslizantes. (Art 47 y 48 Resolución 14061 de 1983)	4	0	0		N/A
1.7	La ventilación es adecuada para el uso (Art. 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 28,5 % del total de la acta

2. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos y elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes. (cantidad y características). (Art 30 Resolución 14061 de 1983)	10		0		Ok
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de el orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros) (art 207 ley 9 de 1979)	5	1	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados	4	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total de la acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red de sistema de acueducto y otro sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 188 Ley 9 de 1979)	4		0		Ok
3.1.3	Las instalaciones internas para conducción están diseñadas y construidas para su funcionamiento cuentan con dotación de servicio continuo y prevén suficiente de servicio en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	5	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable (únicamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	2		
3.1.5	El establecimiento realiza mantenimiento cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (evitar capotes) (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidas al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 26 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, sobre abrazaderas, rejilla en caso de gases y aseguren de la red pública el sistema, su permiten el vaciamiento, el acceso de fácil a la limpieza de conductos en el interior de las tuberías y finalmente, se evita la conexión e mantenimiento con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	3	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de los residuos sólidos documentado y implementado	3	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material resistente que facilite su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores	2	0	0		
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	C	CP	NC	NA	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art. 221 y Art 583 Ley 09 de 1979)	3	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o partes relacionadas con estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art. 168 Ley 09 de 79)	5		0		Ok
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 27 % del total de la acta

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD GESTIÓN DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado. (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	0	0		Sin Documentar
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes salidas y evacuación en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 208 Ley 9 de 1979) (Art 10 Resolución 14061 de 1983)	0	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia (Art 10 Resolución 14061 de 1983)	0	1	0		

4.4	Las escuelas cuentan con ciclos antiderrames, franja bituminosa y pavimento (Art. 40 Resolución 1960 de 1995)	C	15	0		N/A
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios rotulados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento (Art 52 Resolución 1409 de 1995)	C	2.5	0		
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios (Art 127 Ley 9 de 1979)	C	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 16 % de este ítem	

III. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario emitido	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
91,5%	FAVORABLE	95% A 100 %
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	80% A 94%
	DESFAVORABLE	0 A 79 %

IV. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

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

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

2) Implemente un plan de emergencias para la sede de la fundación (Pitalito)

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del Establecimiento:

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

- Clausura temporal total
- Clausura temporal parcial
- Suspensión parcial de trabajos o servicios
- Suspensión total de trabajos o servicios
- Decomiso
- Destrucción o inutilización
- Congelación
- Otras (Cuales?)
- Aislamiento o cuarentena de personas para evitar la transmisión de enfermedad
- Prohibición de tenencia y consumo de alimentos
- Prohibición o restricción de
- Otras (Cuales?)

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HÁBILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia de la verificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervienen en la visita, hoy 03 del mes de julio de año 2024 en la ciudad de Pitalito

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

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

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA	FIRMA
NOMBRE Edwar H. Ruiz Rodriguez	NOMBRE
CÉDULA 1.075 291.110	CÉDULA
CARGO Profesional de Apoyo	CARGO
INSTITUCIÓN SSM Pitalito	INSTITUCIÓN
POR PARTE DEL RESPONSABLE O COMPETENTE	
FIRMA	FIRMA
NOMBRE Katherine Ramos Salazar	NOMBRE
CÉDULA 1077.424.524 D.	CÉDULA
INSTITUCIÓN I. Social Lo te cuido	INSTITUCIÓN
CARGO Trabajadora Social.	CARGO

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

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

CERTIFICA

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

Neiva - 06 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

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

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

Neiva - 06 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

CERTIFICA

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

1. Seguimientos y evoluciones a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad.
2. Talleres y capacitaciones a usuarios, madres sustitutas y familias biologicas.
3. Visitas a las unidades de servicio.
4. Entrega de informes y solicitudes recibidas desde el ICBF.

.

Se expide en Neiva el día 06 de agosto del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, no presentó ninguna novedad o solicitud que pudiera afectar la atención en la modalidad de acogimiento familiar de los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata

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

Se expide en Neiva el día 06 de agosto del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Gmail

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

RE: ACTIVIDAD PRESENCIAL REGIONAL HUILA - SUBDIRECCIÓN DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS

1 mensaje

Maria Catalina Varela Ramirez <Maria.Varela@icbf.gov.co> 11 de julio de 2024, 6:10 p.m.
Para: "f.fundardoris@gmail.com" <f.fundardoris@gmail.com>, "f.fundarbelcyarenas@gmail.com" <f.fundarbelcyarenas@gmail.com>, "hogarsustituto@fundacionyotecuido.com" <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, "fundacionsocialyotecuido@gmail.com" <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>, COORDINADORZONA1HS <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>
CC: Amanda Gomez Polo <Amanda.Gomez@icbf.gov.co>, Luis Alfonso Rojas Uni <Luis.RojasU@icbf.gov.co>, Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>

Compañeras del operador Fundación Fundar, me permito indicarles que debido a conflictos de horario, la actividad de la que se indica en correo que antecede se reprogramo como se muestra a continuación, lo anterior también refiriendo las siguientes particularidades:

1. Se debe garantizar que exista la presencia de los NNAJ en las edades referidas (7 a 12), de ser posible que los NNAJ no tengan discapacidad cognitiva, toda vez que el taller va a durar toda la jornada de la mañana; y en caso de que ya hayan tramitado los permisos con las autoridades administrativas, puedan explicar la situación de cambio de fecha y garantizar la participación de los chicos y chicas solo de Neiva y La Gaitana.

2. Importante que podamos garantizar la asistencia de varios miembros del equipo del talento humano; actividad que se le hará extensiva también al operador de la modalidad para la zona sur, es decir el operador Fundación Social Yo Te Cuido.

FECHA	HORA	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	LOCACIÓN	DINAMIZADORAS
15/08/2024	9:00 a.m. - 12:30 m.	"LA BANDA SONORA"	Grupo de máximo 25 personas que incluya participantes del talento humano los operadores de la modalidad Internado Congregación Siervas de Cristo Sacerdote y del operador de la modalidad Hogares Sustitutos FUNDAR	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para los 25 asistentes más las 5 dinamizadoras.	Ana Maria Forero Medina Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Edna Johana Medina Barreto Profesional del GAT de la Regional
15/08/2024	2:00 p.m. a 5:00 p.m.	"EL RECORRIDO POR LOS DERECHOS"	Máximo 20 niños y niñas de 7 a 12 años ubicados en el operador de la modalidad Hogares Sustitutos FUNDAR	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para las 20 niños y niñas más las dinamizadoras.	Ana Maria Forero Medina Edna Johana Medina Barreto Enlace de Hogares Sustitutos del GAT de la Regional

15/08/2024	2:00 p.m. a 5:00 p.m.	"EL RECORRIDO POR LOS DERECHOS"	Máximo 20 niños y niñas de 7 a 12 años ubicados en el operador de la modalidad Internado Congregación Siervas de Cristo Sacerdote	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para las 20 niños y niñas más las dinamizadoras.	Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Enlace de Modalidades Residenciales del GAT de la Regional
16/08/2024	8:00 a.m. a 12:00 m	"LA BANDA SONORA"	Máximo 20 participantes del GAT de la Regional de todos los temas y la Coordinadora.	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para los 20 participantes y las dinamizadoras	Ana Maria Forero Medina Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Edna Johana Medina Barreto Profesional del GAT de la Regional
16/08/2024	2:00 p.m. - 5:00 p.m.	RETROALIMENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES	Directora Regional, Coordinadora GAT, enlaces del GAT y profesionales Subdirección de Restablecimiento de Derechos	Se requiere una sala de reuniones	Directora Regional, Coordinadora GAT, enlaces del GAT, Ana Maria Forero Medina Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Edna Johana Medina Barreto

María Catalina Varela Ramírez

Profesional Universitario

Grupo Asistencia Técnica

ICBF Sede Regional Huila

Calle 21 # 1 E – 40

Teléfono: 6088604700

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Maria Catalina Varela Ramirez
Enviado el: jueves, 4 de julio de 2024 7:51 p. m.
Para: f.fundardoris@gmail.com; f.fundarbelcyarenas@gmail.com
CC: Luis Alfonso Rojas Uni <Luis.RojasU@icbf.gov.co>; Amanda Gomez Polo <Amanda.Gomez@icbf.gov.co>; Yesenia Acuna Miranda <Yesenia.Acuna@icbf.gov.co>; Paubla Andrea Tovar Rojas <Paubla.Tovar@icbf.gov.co>; Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Asunto: RV: ACTIVIDAD PRESENCIAL REGIONAL HUILA - SUBDIRECCIÓN DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS

Buenas Noches compañeras,

Teniendo en cuenta el correo que antecede, quiero enviarles el cronograma previsto por la Sede Nacional para realizar visita presencial en donde se proyectan varias actividades con ustedes como operador, incluyendo actividades con los usuarios, nosotros como equipo recibiremos información mas puntual sobre dicha visita el 11 de julio de los presentes; no obstante, les envío desde ya porque se que toma tiempo la preparación para el proceso de la visita y la coordinación de las actividades que ellos quieren realizar, por lo menos para que vayan teniendo en mente las fechas y además realizando la gestión con las autoridades administrativas que tienen a cargo los procesos con los NNAJ que se proyecten a participar.

. Quedo atenta y les agradezco mucho su apoyo a esta solicitud.

Las actividades resaltadas en amarillo implican el equipo operador y las azules a los NNAJ.

FECHA	HORA	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	LOCACIÓN	DINAMIZADORAS
18/07/2024	9:00 a.m. - 12:30 m.	"LA BANDA SONORA"	Grupo de máximo 25 personas que incluya participantes del talento humano los operadores de la modalidad Internado Congregación Siervas de Cristo Sacerdote y del operador de la modalidad Hogares Sustitutos FUNDAR	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para los 25 asistentes más las 5 dinamizadoras.	Ana Maria Forero Medina Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Edna Johana Medina Barreto Profesional del GAT de la Regional
18/07/2024	2:00 p.m. a 5:00 p.m.	"EL RECORRIDO POR LOS DERECHOS"	Máximo 20 niños y niñas de 7 a 12 años ubicados en el operador de la modalidad Hogares Sustitutos FUNDAR	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para las 20 niños y niñas más las dinamizadoras.	Ana Maria Forero Medina Edna Johana Medina Barreto Enlace de Hogares Sustitutos del GAT de la Regional

18/07/2024	2:00 p.m. a 5:00 p.m.	"EL RECORRIDO POR LOS DERECHOS"	Máximo 20 niños y niñas de 7 a 12 años ubicados en el operador de la modalidad Internado Congregación Siervas de Cristo Sacerdote	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para las 20 niños y niñas más las dinamizadoras.	Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Enlace de Modalidades Residenciales del GAT de la Regional
19/07/2024	8:00 a.m. a 12:00 m	"LA BANDA SONORA"	Máximo 20 participantes del GAT de la Regional de todos los temas y la Coordinadora.	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para los 20 participantes y las dinamizadoras	Ana Maria Forero Medina Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Edna Johana Medina Barreto Profesional del GAT de la Regional
19/07/2024	2:00 p.m. - 5:00 p.m.	RETROALIMENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES	Directora Regional, Coordinadora GAT, enlaces del GAT y profesionales Subdirección de Restablecimiento de Derechos	Se requiere una sala de reuniones	Directora Regional, Coordinadora GAT, enlaces del GAT, Ana Maria Forero Medina Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Edna Johana Medina Barreto

- Actividad “LA BANDA SONORA”: Espacio de trabajo mediante una metodología lúdico pedagógica.

Objetivo: Acercamiento a la experiencia de las y los colaboradores del Grupo de Asistencia Técnica de la Regional y Operadores.

- Actividad “EL RECORRIDO POR LOS DERECHOS”: Espacio de escucha mediante una metodología lúdico – grupal.

Objetivo: Acercamiento a la experiencia de los niños, niñas y adolescentes en los servicios de protección.

María Catalina Varela Ramírez

Profesional Universitario

Grupo Asistencia Técnica

ICBF Sede Regional Huila

Calle 21 # 1 E – 40



Teléfono: 6088604700

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Laura Ximena Romero Leal <LauraX.Romero@icbf.gov.co>
Enviado: viernes, 28 de junio de 2024 15:59
Para: Luz Elena Gutierrez Uribe <Luz.GutierrezU@icbf.gov.co>; Amanda Gomez Polo <Amanda.Gomez@icbf.gov.co>
Cc: Claudia Patricia Cordoba Forero <Claudia.CordobaF@icbf.gov.co>; Maria Catalina Varela Ramirez <Maria.Varela@icbf.gov.co>; Gloria Elena Navarro Caro <Gloria.Navarro@icbf.gov.co>; Veronica Torres Blacborne <Veronica.Torres@icbf.gov.co>; Ana Maria Forero Medina <Ana.Forero@icbf.gov.co>; Edna Johana Medina Barreto <Edna.MedinaB@icbf.gov.co>
Asunto: ACTIVIDAD PRESENCIAL REGIONAL HUILA - SUBDIRECCIÓN DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS

Doctora:

LUZ ELENA GUTIERREZ URIBE

Directora Regional Huila

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF

Doctora:

AMANDA GÓMEZ POLO

Coordinadora Grupo de Asistencia Técnica

Regional Huila

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF

Respetadas Doctoras:

Teniendo en cuenta las actividades propuestas para la presente vigencia en el marco de la Planeación Estratégica de la Dirección de Protección, por parte de la Subdirección de Restablecimiento de Derechos se tiene prevista una visita presencial, a fin de llevar a cabo actividades dirigidas a las y los colaboradores del Grupo de

Asistencia Técnica de la Regional, los funcionarios de los operadores Congregación Siervas de Cristo Sacerdote - modalidad internado PARD y FUNDAR - modalidad Hogares Sustitutos y niños, niñas y adolescentes ubicados en estos operadores.

En ese sentido, a continuación compartimos la agenda de las actividades propuestas:

FECHA	HORA	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	LOCACIÓN	DINAMIZADORAS
18/07/2024	9:00 a.m. - 12:30 m.	"LA BANDA SONORA"	Grupo de máximo 25 personas que incluya participantes del talento humano los operadores de la modalidad Internado Congregación Siervas de Cristo Sacerdote y del operador de la modalidad Hogares Sustitutos FUNDAR	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para los 25 asistentes más las 5 dinamizadoras.	Ana Maria Forero Medina Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Edna Johana Medina Barreto Profesional del GAT de la Regional
18/07/2024	2:00 p.m. a 5:00 p.m.	"EL RECORRIDO POR LOS DERECHOS"	Máximo 20 niños y niñas de 7 a 12 años ubicados en el operador de la modalidad Hogares Sustitutos FUNDAR	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para las 20 niños y niñas más las dinamizadoras.	Ana Maria Forero Medina Edna Johana Medina Barreto Enlace de Hogares Sustitutos del GAT de la Regional
18/07/2024	2:00 p.m. a 5:00 p.m.	"EL RECORRIDO POR LOS DERECHOS"	Máximo 20 niños y niñas de 7 a 12 años ubicados en el operador de la modalidad Internado Congregación Siervas de Cristo Sacerdote	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para las 20 niños y niñas más las dinamizadoras.	Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Enlace de Modalidades Residenciales del GAT de la Regional
19/07/2024	8:00 a.m. a 12:00 m	"LA BANDA SONORA"	Máximo 20 participantes del GAT de la Regional de todos los temas y la Coordinadora.	Para el desarrollo de la actividad se requiere un salón suficientemente amplio para los 20 participantes y las dinamizadoras	Ana Maria Forero Medina Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Edna Johana Medina Barreto Profesional del GAT de la Regional

19/07/2024	2:00 p.m. - 5:00 p.m.	RETROALIMENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES	Directora Regional, Coordinadora GAT, enlaces del GAT y profesionales Subdirección de Restablecimiento de Derechos	Se requiere una sala de reuniones	Directora Regional, Coordinadora GAT, enlaces del GAT, Ana Maria Forero Medina Claudia Patricia Córdoba Forero Verónica Torres Blacborne Edna Johana Medina Barreto

- Actividad **"LA BANDA SONORA"**: Espacio de trabajo mediante una metodología lúdico pedagógica.

  Objetivo: Acercamiento a la experiencia de las y los colaboradores del Grupo de Asistencia Técnica de la Regional y Operadores.

- Actividad **"EL RECORRIDO POR LOS DERECHOS"**: Espacio de escucha mediante una metodología lúdico – grupal.

  Objetivo: Acercamiento a la experiencia de los niños, niñas y adolescentes en los servicios de protección.

*Con base en la agenda presentada, es necesario contar con su apoyo a fin informar y gestionar los permisos correspondientes con las autoridades administrativas que tengan a cargo los procesos administrativos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes que van a participar de la actividades.

En ese sentido y con el ánimo de coordinar el ejercicio, agradecemos conectarse a la videollamada el próximo **11 de julio de 2024 a las 9:00 a.m**. para lo cual les será enviado el enlace.

Cordialmente,

Laura Ximena Romero Leal
Subdirectora de Restablecimiento de Derechos
Subdirección de Restablecimiento de Derechos
ICBF Sede de la Dirección General
Avenida Cr. 68 No. 64C - 75 Bogotá, Colombia
Teléfono: 601 4377630 Ext. 101145
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

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

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

image001.png
32K

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 11

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

Fecha de visita: 31/07/2024

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 B/Trinidad	3223801754

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Ana Lucia Muñoz	36114695	3223801754

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
27/06/2024	Katerine Ramos	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Narvaez	Isasi	Maryen Lucia
	Identificación: 25292920		

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

Powered by CamScanner

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Carrera 14 # 9-05	NA	3177144161
Barrio:	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	Hector Estiven Samboni Golondrino	02-10 2014	1083986262	"22/08 "2023" N/A	22/08 2023	Comisaria de Familia San Agustin
2	Leider Santiago Rodriguez	24/12 2014	1076916874	23668163	05-07 2018	Defensoria de Familia Neiva #7
3	Yader Esteban Gonzalez Samboni	30-03 2008	1084254396	23599182	04/12 2023	Defensoria de Familia Pitalito Claudio Lopez
4	Daiion Leonardo Rosas Calvo	22-08 2008	1076741193	23589804	11/01/ 2024	Defensoria de Familia Claudio Lopez ↓ Cristina Molina
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.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 3 de 11

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Descripción general de lo encontrado:

Todos los menores cuentan con sus respectivas afiliaciones y procesos de

Powered by CamScanner

Salud, Educación. El usuario Daison Leonardo Rosas calvo, se encuentra interno en la clinica Divino niño en la ciudad de Florencia caqueta. Por Presentar consumo de sustancias Psicoactivas.
La Madre Sustituta Manifiesta que esta cumpliendo con las visitas autorizadas Manifiesta que en las visitas lo observo bien Muy contento de verla y que lo vio con un Poco de Malestar ajiPE

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 5 de 11

	1	2	3	4	5
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SX No	SX No	SX No	SX No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	SX No	SX No	SX No	SX No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	SX No	SX No	SX No	SX No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	SX No	SX No	SX No	SX No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SX No	SX No	SX No	SX No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Madre sustituta manifiesta, que se generan discusiones entre si y que el usuario. Leider Santiago en ocaciones se torna agresivo con la Madre, y se le dificulta acatar ordenes con los otros usuarios tambien en ocaciones se torna agresivo

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Se observa en la visita domiciliaria que las carpetas al momento de la visita todas las carpetas se encontran al dia organizadas y actualizadas en Muy buen estado

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 11

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

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

Se observa que los usuarios cuentan con todas las dotaciones completas y estan organizadas y en buen estado

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobeción 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		
Camé de manipulación de alimentos	X		16-07-2024
Certificación primeros auxilios	X		08-06-2023
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

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

Observaciones:

Se observa en la visita que la madre sustita tiene bien organizado Todo tipo de documentos Requeridos

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P Versión 1	27/07/2021 Página 9 de 11

	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:

Al momento de la visita se observa la vivienda bien organizada y en buen estado y condiciones higienicas.

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

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

Se sugiere a la madre sustituta Continuar con los procesos de orientación, Adaptacion, con mucho cariño como lo ha hecho hasta ahora tambien se orienta a estar pendiente en los procesos de Salud y educacion de los usuarios,

Se Felicita a la madre por su compromiso, organizacion de la unidad del Servicio

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 11 de 11

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Ana Lucia Muñoz	
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	Maryen Lucia Nuñez
CC. 36111695 TP. 176683	CC. 25292920
Celular: 3223801754	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.**

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

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSITC-0286- 01/09/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/09/2022

FECHA:	31-Julio-2024
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:	Maryen Lucia Narvaez Ijaji
CENTRO ZONAL:	Pidalito
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:	Sandra Patricia Rodriguez C.

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. ¿Como 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. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

Maryen Lucia Narvaez
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

La unidad cuenta con un usuario en condición de Discapacidad cuenta con certificado por EPS.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Sandra Patricia Rodriguez C
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC.	36[illegible]46 TP. 4925336[illegible]56
Celular:	3125354532
Correo electrónico:	trabajosocial.ytct@yahoo.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: Maryen Lucia Narvaez Ijoji

Dirección: Cra 14 # 9-05 B/ Calamo

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

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 1

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

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	✓	
Bloqueador solar	✓	
Champú	✓	
Crema dental	✓	
Papel Higiénico	✓	
Gel Antibacterial	✓	
Cepillo y betún para zapatos	✓	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con todos los elementos de aseo. Inicial.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yader Esteban Gonzales

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Hercules Rodriguez.

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

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 1

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

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	/	
Bloqueador solar	/	
Champú	/	
Crema dental	/	
Papel Higiénico	/	
Gel Antibacterial	/	
Cepillo y betún para zapatos	/	

OBSERVACION GENERAL
Usuario cuenta con todos los elementos de aseo.

FIRMA Dairo Leonardo Rojas HUELLA DEL USUARIO:

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Navarro

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Mercedes Rodriguez.

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 1

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
El usuario cuenta con todos los elementos de aseo e higiene personal individual.

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Hector Estiben Jambon

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Maryen Lucia Navarro

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Poveda Rodriguez

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 1

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
El usuario cuenta con todos los elementos de aseo individual.

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Jaider Santiago Rodriguez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Maryen Lucia Narvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Mercedes Rodriguez

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	31-Julio-2024	CENTRO ZONAL	Bolivito
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		2	0002052040	25-10-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		La bienestarina se encuentra bien almacenada en lugar fresco y en recipiente plastico con tapa.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Continuar ofreciendo a los usuarios recetas con este alimento de alto nivel nutricional.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Maryen Lucia Narvaez	Sandra Mercado Rodriguez.

Powered by CamScanner

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

ABANDONO IRREGULAR DE UNIDAD NNA M.A.B.C

1 mensaje

hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com 2 de julio de 2024, 7:34 a.m.
<hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com>
Para: Anyela Cardozo <anyela.cardozo@icbf.gov.co>, Coordinador1yotecuido <coordinador1yotecuido@gmail.com>, HSGESTORDECASOGARZON <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>, HSPSICOLOGIAGARZON <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>

Garzón-Huila

Doctora:

ANYELA PAOLA CARDOZO

Defensoría Septima de Familia

Neiva-Huila

Cordial saludo,

A continuación, se da a conocer la Evasion de Hogar de la adolescente **MARIA DE LOS ANGELES BURGOS CABALLERO** identificada con tarjeta de Identidad número, 1.075.801.282, de 12 años, vinculda a la modalidad Hogar Sustituto en la unidad de servicios de la señora PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA, situación presentada al rededor de las 8:30 Pm del día 01 de julio, es de mencionar que ya se realizo la respecativa activacion de ruta con Policia de Infancia y Adolescencia en favor de la dolescente.

Lo anterior para su conocimiento y demás fines pertinentes,

Atentamente,

EQUIPO PSICOSOCIAL

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

GARZON (H)

2 archivos adjuntos



WhatsApp Image 2024-07-01 at 9.49.02 PM.jpeg
99K

ABANDONO IRREGULAR NNA M.A.B.pdf
419K

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

Fecha de visita: JULIO 15 DE 2024

Hogar Sustituto	Vulneración	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 BARRIO VILLA DEL PRADO	3107865661

Profesional que realiza el seguimiento:

SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	CC 1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita		
17/07/2024	LEDY CONSTANZA ROJAS MORENO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	SERRATO	VARGAS	ROSALBA
	Identificación: 36376687		
Dirección: Carrera 4 8-52		Tel. Fijo No tiene	Celular 3222408941

[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

Barrio:	Correo electrónico:
San Rafael	rosalbaserrato421@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	JUAN CARLOS RAMÍREZ MUÑOZ	4/09/1982	12282240	23404106	7/10/2019	DEFENSORÍA SEGUNDA
2	DENCY CARINACUNACUE YUGUE	25-03-2020	R.C. 1081618593	23439254	09-04-2024	ALONSO MARTINEZ PULIDO/ DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA
3	LUCIANA CUNACUE YUGUE	05-04-2018	R.C 1081423813	1763995826	09-04-2024	ALONSO MARTINEZ PULIDO/ DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA

[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

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

En revisión documental se evidencia que los usuarios que reciben en esta unidad de servicio cuentan con atenciones primerias y especialistas al día, Juan Carlos tiene un tratamiento farmacológico en cual es suministrado todos los días vía oral, Luciana Cunacue está pendiente de que se le saque una cita para oftalmología en la ciudad de Neiva; Luciana y Dency Cunacue cuentan con vinculación al sistema escolar; desde casa los tres usuarios de la unidad reciben los cuidados, estimulación y cuidado lúdicos.

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

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 / No X	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	SI / No X	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	SI X / No	SI X / No	SI X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	SI 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

Descripción general de lo encontrado:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE ... 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Durante la visita se logra percibir un ambiente tranquilo dentro de la unidad de servicio los usuarios disfrutan de entornos protectores, expresado sus pensamientos de manera espontánea, las hermanas Cunacue reciben en cuanto con sus progenitores cada mes.

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:

En la carpeta de los usuarios se evidencian organizadas con sus respectivos separadores, al igual que los registros con fechas actualizadas al 14 de julio del 2024. Los registros fotográficos actualizados hasta el mes de junio

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)

Para el día 28 de junio los usuarios reciben dotación personal la cual se evidencia que es acorde a la edad y gustos de los usuarios, la madre sustituta ha suministrado la dotación del aseo acorde a la edad de los usuarios.

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		—

SI

piense en el medio ambiente!

cumento se considera como COPIA NO CONTROL

ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO

1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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

Observaciones:

Se evidencia que la carpeta de la madre sustituta se encuentra con todos los documentos que le permite desempeñar su labor social. –Pendiente actualizar certificado de antecedentes penales y a su esposo el señor Reinaldo Calderón certificado en salud, ella se encuentra tramitando la cita médica en el Nueva EPS

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

Powered by CamScanner

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 encontraba en óptimas condiciones de estado, observando un debido orden en las diferes áreas de la casa, como los dormitorios y objetos a servicio a los usuarios en óptimas condiciones, la cocina en buenas condiciones de aseo, con los alimentos debidamente rotulados y almacenados.

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

Pendiente la certificación medica del señor Reinaldo Calderón

SIN HALLAZGOS

Actividades desarrolladas en la visita:

__X___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

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita **SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ**		**Nombres y apellidos de la persona que recibe la** ROSALBA SERRATO
Firma de la persona que realiza la visita Shirley Gonzalez.		**Firma de la persona que recibe la visita** Rosalba Serrato Vargas
CC.1081397052	**TP. 172058**	**CC.** 36376687
Celular: 3147988239		**Celular:** 3222408941
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com		**Correo electrónico:** rosalbaserrato421@gmail.com

Notas:

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
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	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

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

CERTIFICA

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

Se expide en Neiva el día 06 de agosto 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: 30-07-2024.

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	CC	Celular
LEDI CONSTANZA ROJAS	41.709.184	3107865661

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita		
24-07-24	DIANA PAOLA PULICHE	311 447 6356.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Chimbaco	Marín	Mireya
	Identificación: 36.383.845		
Dirección: Calle 5 A Sur N° 17-24		Tel. Fijo No tiene	Celular 314-4829482

[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

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	YEISON NARANJO HERNANDEZ	03/07/2012	T.I 1075801633	232117207	27/06/2024	Rosalba Pascuas Triana / Defensoría tercera Neiva
4						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

[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

4.1. 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 X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si 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

Descripción general de lo encontrado:

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

YEISON NO HA SIDO VINCULADO A INSTITUCION EDUCATIVA AUN NO ENTREGA LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA EL CERTIFICADO DE SEGUNDO ASISTEA ACTIVIDAD EXTRACURRICULAR. LUISA Y JUAN CARLOS ASISTEN A CLASES DE MANERA NORMAL. LA MADRE SUSTITUTA TRATA DE ENSEÑARLE a TRANSCRIBIR PARRAFOS Y LECTURA.

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	~~Si~~ No	~~Si~~ No	~~Si~~ No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
metas a corto, mediano y largo plazo.	SI NO	SI NO	SI NO		
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

NO HAN RECIBIDO VISITAS DURANTE EL TIEMPO DE UBICACION

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

El 2 de Aborto entregan autorización para cumplir Trámite de atención en Salud.

Powered by CamScanner

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	X									
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)

YEISON
NO HA RECIBIDO DOTACION ESCOLAR..
HASTA TANTO SE VINCULE A I. E.

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		

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

Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Observaciones:

Documentación Completa y Vigente.

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.

...primir 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

	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:

Buenas Condiciones Higienicas y de aseo buena Ventilacion y organizacion

Powered by CamScanner

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

Quedamos solicitando documentación para lograr la vinculación a la I.E.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- X Condiciones satisfactorias
- ___ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ___ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ___ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de RoI.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita MIREYA CHIMBACO MARIN
Firma de la persona que realiza la visita Ledi Constanza Rojas M.		Firma de la persona que recibe la visita Mireya Chimbaco M
CC. 41709184	TP.228794112-1	CC. 36.303.845
Celular: 3124564343		Celular: 3143030166
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com

La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

CLASIFICADO

Powered by CamScanner

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

Fwd: Reporte abandono irregular de CRISTIAN MAURICIO VARGAS OME

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <yotecuidofundacionsocial@gmail.com> 7 de agosto de 2024, 7:04 p.m.
Para: Coordinador1yotecuido <coordinador1yotecuido@gmail.com>

---------- Forwarded message ---------
From: **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <yotecuidofundacionsocial@gmail.com>
Date: Tue, Jul 23, 2024 at 4:24 PM
Subject: Reporte abandono irregular de CRISTIAN MAURICIO VARGAS OME
To: Alonso Martinez Pulido <Alonso.Martinez@icbf.gov.co>

Doctor Alonso Buenas tardes.

De manera comedida me permito hacer llegar reporte presentado por la madre sustituta Disney Garcia Gualteros a la policía nacional infancia y adolescencia en donde informa abandono irregular del hogar sustituto de CHRISTIAN MAURICIO VARGAS OME.

Quedamos atentas

LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO
Trabajadora social Fundacion social yo te cuido

ABANDONO IRREGULAR CRISTIAN MAURICIO VARGAS OME.pdf
550K

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

Fecha de visita: 27 Julio.

Hogar Sustituto	Vulneración	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 # 5E – 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
SHIRLEY GONZALEZ	1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita

[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 ARANDIA	Segundo Apellido MARTINEZ	Nombres YOHAIRA
	Identificación: 55.131.290		
Dirección: CARRERA 6 N° 8-68		Tel. Fijo	Celular 3166034632
Barrio: BARRIO SAN RAFAEL	Correo electrónico: Yohita2884@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	ADRIANA PATRICIA SALAZAR PERDOMO	18/11/2009	T.I 1.079.410.109	23437543	30/08/2023	COMISARIO DE FAMILIA TESALIA/HUMBERTO PERDOMO CASTILLO
2	MARIA ISABEL SALAZAR PERDOMO	16/09/2023	R.C. 1.081.428.232	23437543	16/09/2023	COMISARIO DE FAMILIA TESALIA/HUMBERTO PERDOMO CASTILLO

[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	ANA SOFIA ORTIZ CONTRERAS	6/06/2011	T.I 181411986	23439132	3/04/2024	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA RPIMERA
5	KAREN SOFIA CACERES ARGOTY	23/11/2010	T.I 1,145,826,216	07-03-2024	7/03/2024	COMISARIA DE FAMILIA LA ARGENTINA/ ALEXIS NICOLAY PATIÑO

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	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 X / No	Si / No X
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No X

Powered by CamScanner

Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Nora Isabel: tiene control por pediatria el 4 de agosto, crecimiento y desarrollo al dia, Vacunacion al dia hasta el año, atenciones en salud al dia con citas asignadas.

Karen sofia: se encuentra en medida intrahospitalaria, segun la madre sustituta tiene contacto con ella mediante llamadas y con informacion de la comisaria se han presentado conductas agresivas en el hospital.

Adriana; atenciones en salud al dia, asiste a control del tercer Trimestre con inyeccion trimestral.

Angie sofia: cuenta con atenciones en Psicologia, optometria, Psiquiatria, Odontologia, Psicologia Clinica con atenciones para el mes de agosto.

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

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

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios participan de actividades extracurriculares, tienen buen comportamiento, participativos en las diferentes actividades y responsabilidades de la unidad se servicio.

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Cada carpeta cumple con todas las indicaciones y pertenencia al día requerida, sus citas medicas y especialidades al día.

Powered by CamScanner

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

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

Los niños poseen su pertenencias en buenas condiciones de aseo y orden, cumplen con los habitos de aseo establecidos por la madre sustituta.

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		

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

Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Observaciones:

la documentacion esta al dia, antecedentes al dia, la red familiar cuenta con documentacion 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.

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

	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	NO	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 ciudad de servicio se encuentra en completo orden y aseo, Con cada objeto que se encuentra en la ciudad en ubicación adecuada, hubo tres establecidos de parte de Orientar de buen manejo.

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

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

Continuar con la dedicacion y el amor por su que hacer brindando siempre lo mejor para cada usuario que llegue a su unidad de servicio.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ
Firma de la persona que realiza la visita Shirley Gonzalez.		Firma de la persona que recibe la visita YOHAIRA ARANDIA.
CC. 1081397052	TP. 172058	CC. 55131290 5513290.
Celular: 3147988239		Celular: 3166034632
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com

Notas:

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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 30-07-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	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 5 e-34 villa del Prado	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Ledi Cavelazo R	41709184	3107865661

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
22-07-24	Diana 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	DIAZ	RODRIGUEZ	DAYANA CATERIN
	Identificación: cc 1061728361		
Dirección: calle 19 A. N- 1ª-52E		Tel. Fijo No tiene	Celular 3137164889
Barrio: CIUDADELA SAN MIGUEL		Correo electrónico: dayanita.0512@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	FARID SILVA BARRERA	19/02/2008	T.I 110044908	23438642	13/12/2023	Alonso Martínez / Defensoría Primera
2	MARIA ALEJANDRA MENDEZ VERA	16/05/2015	T.I 1084869423	SIN INFORMACION	24/05/2024	COMISARIA IQUIRA
4						

* 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.	X Si / No	X Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	X Si / No	X Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	X Si / No	X Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	X Si / No	X Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	X Si / No	X Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	X Si / No	Si / X No	Si / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	X Si / No	Si / X No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	X Si / No	X Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	X Si / No	X Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Favid Cuy Buen Cumportamiento y Cumplimiento academico Mº alejandra Sin Novedades Escolar la autoridad Estudia Sin ningun documento

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	SiX / No	SiX / NoX	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	SiX / No	SiX / 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.	SiX / No	SiX / No	Si / No	Si / No	Si / No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SiX / No	SiX / No	Si / No	Si / No	Si / No

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Farid Can Reintegro en el Hogar de Abrto.
Maria alejandra Sin Contacto Con Familia de Origen.
adelerdo Etiacumento Psicoterein.

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Maria alejandra informo El Comisario que NO le han hecho entrega de T.I Solo allego R.C.
Asesto a Bienestar.

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

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

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

Sin dotación Escolar Por No Vinculación a IE.

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

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

Observaciones:

Sin Vencimiento los documentos Y Completos.

Powered by CamScanner

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	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:

Buen aseo, orden, iluminacion y Ventilacion.

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

Comunicarse con la autoridad competente Para Comunicar de certificado de Estudio y Documento de identidad

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

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		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ
Firma de la persona que realiza la visita Ledi Cantaya R/14.		Firma de la persona que recibe la visita Dayana Diaz R
CC. 41.709.184	TP.228794112-1	CC. 1061728361
Celular: 3107865661		Celular: 3137164889
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: dayanita.0512@hotmail.com

Notas:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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	Lavanderia 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 la visita se observa que el hogar no cuenta con puertas seguras, con cortina.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Sandra Marcela Rodriguez C.
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC:	36286406 TP. 49253636
Celular:	3128354534
Correo electrónico:	logistica@fundacionsocialyotecuido.com

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 30/07/2024

Hogar Sustituto	Vulneración		Discapacidad		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	3223801754

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Ana Lucia Nuñez	36114695	3223801754

Ultima visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
N/A		Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Barragan	Montes	Diana Patricia
	Identificación: 1083893001		

[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 Guacarillo	Tel. Fijo: N/A	Celular: 3162710228
Barrio: Vereda el Tigre	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[1] [ ] Seguimiento extraordinario [ ]

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

Nº	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						
2						
3						
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P Versión 1	27/07/2021 Página 3 de 11

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Descripción general de lo encontrado:

Aun no se hace entrega de uniformes apertura inicial del Hogar Sustituto

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

La señora Diana Patricia Barragan nos manifiesta que esta a la espera de que le hagan la entrega de los usuarios y que le manifestaron que el dia de mañana le hacen la entrega de dos de ellos. Pero que aun no los conoce

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 11

	1	2	3	4	5
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

N/A

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

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)

N/A

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		El la Sede Fisica
Resolución de aprobación del Hogar	X		Fecha 16-07-2024
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		14-07-2024
Certificación primeros auxilios	X		06-07-2024
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

La madre Sustituta manifiesta que hizo entrega de su carpeta de hoja de vida completa y debidamente diligenciada, a la Sede administrativa. "Yo recibido" Fundacion Social

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

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

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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

	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:

al momento de la visita Domiciliaria se encuentra la vivienda en buenas condiciones Generales, aseada con las normas de higiene y asepsia

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

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

madre sustituta manifiesta que aun esta esperando que le hagan entrega de sus Usuarios

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 11 de 11

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Ana Lucia Muñoz	Diana Patricia Barragán Fuentes
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 36114695 TP. 176683	CC. 1083893001
Celular: 3223801754	Celular: 3162710227
Correo electrónico:	Correo electrónico: dipabis173@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

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 PYP-FC-008 01/06/2023 FECHA DE APROBACIÓN: 01/06/2023

FECHA:	30-Julio-2024
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:	Diana Patricia Barragan Perez.
CENTRO ZONAL:	Fitalito
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:	Sandra Mercedes Rodriguez Cortés

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. ¿Como 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 realizo 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			

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

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	30-Julio. 2024	CENTRO ZONAL	Palito.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Diana Patricia Barragan Montes.

	SI	NO	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES

En el momento de la visita no cuenta con NNA, solo con Resolucion No0009 del 12-Julio-2024 a la espera de la llegada de los niños niñas.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Sandra Lucia Rodriguez

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: Diana Patricia Barragan P.

Dirección: Vda el Tigre 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.	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.	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.	✓	
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	Lavanderia 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 la visita se observa que el hogar no cuenta con puertas seguras, con cortina.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Sandra Mercedes Rodriguez C.
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC.	36286406 **TP.** 4925336356.
Celular:	3128254537
Correo electrónico:	Logopedasandrarodriguez@hotmail.com

Powered by CamScanner

Asunto: INFORME EXTRAORDINARIO DE EVACION DE LA NIÑA EMILY TATIANA FISIUS

hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com
para Alonso Martinez, Claudia Liliana Vidal Floriano

Cordial Saludo

Realizamos adjunto el informe Extraordinario de la evacion de la unidad de servicio de la niña EMILY TATiANA FISIUS

--
LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ
COMPONENTE PSICOSOCIAL
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
3147988239 - 3107865661

Un archivo adjunto • Analizado por Gmail



FORMATO INFOR..

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

Fecha de visita: 30-07-2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	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 LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO	CC 41709184	Celular 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
08-07-24	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 Valencia	Segundo Apellido Losada	Nombres Ana milena.
	Identificación: 29122846		
Dirección: carrera 10e No 11-03		Tel. Fijo No tiene	Celular 3132626213
Barrio: Villa del Cambis		Correo electrónico: Amvalencial@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	ADAN LAVAO RIVERA	5/10/2014	T.I. 1077241418	23433836	28/12/2023	Comisaria de tesalia/ Humberto Castillo
3	DANIELA VALENTINA VARGAS PINCHAO	1/06/2023	R.C. 1.080.268.858	23439540	23/05/2024	comisaria La Plata/Eliana castro
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

[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

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido Valencia	Segundo Apellido Losada	Nombres Ana milena.
	Identificación: 29122846		
Dirección: carrera 10e No 11-03		Tel. Fijo No tiene	Celular 3132626213
Barrio: Villa del Cambis		Correo electrónico: Amvalencial@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	ADAN LAVAO RIVERA	5/10/2014	T.I. 1077241418	23433836	28/12/2023	Comisaria de tesalia/ Humberto Castillo
3	DANIELA VALENTINA VARGAS PINCHAO	1/06/2023	R.C. 1.080.268.858	23439540	23/05/2024	comisaria La Plata/Eliana castro
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

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

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 / No	Si / No	Si / No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si / No X	Si / 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 / No	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No	Si / No
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si / No X	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Powered by CamScanner

Adan acude al aula Lunes Miercoles y Viernes.

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X							
Acta de colocación	X		X							
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X							
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X							

Powered by CamScanner

Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X							
Valoración Médica	X		X							
Fórmulas Médicas	X		X							
Carné de Salud	X		X							
Citas Médicas	X		X							
Registro Civil	X		X							
Documento de Identidad	X		X							
Boletines Escolares – del periodo actual cursado				X						
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X							

Observaciones:

29 a 4 de Agosto Loc 2.

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

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

Powered by CamScanner

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

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

Observaciones:

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.

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

	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:

Buenas Condiciones de Higiene y aseo. los Espacios Organizados.

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

Documentos actualizados con Fecha Julio 29.

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:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Ana Milena Valencia Losada
Firma de la persona que realiza la visita Ledi Constanza Rojas M.		Firma de la persona que recibe la visita
CC. 41709184	TP228794112-1	CC. 29.122.846
Celular: 3107865661		Celular: 3132626213
Correo electrónico:f.fundarlaplata@gmail.com		Correo electrónico: amvalencial@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

Asunto: INFORME EXTRAORDINARIO DEL USUARIO BAYAN BETANCURT

hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com
para Comisariadefamilia

jue, 25 jul, 8:20 a.m. (hace 13 días)

Cordial saludo,

Realizamos adjunto el informe Extraordinario de la evacion de la unidad de servicio del niño Brayan Betancurt

--
LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ
COMPONENTE PSICOSOCIAL
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
3147988239 - 3107865661

Un archivo adjunto • Analizado por Gmail



PDF Informe Extraordi...

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

Fecha de visita: 27 Julio.

Hogar Sustituto	**Vulneración** [■]	**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**	**3124564343**

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	**1081397052**	**3147988239**

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
04-07-2024.	Diana Paola Poriche.	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	GARCIA	GUALTEROS	DISNEY
	Identificación: cc 36382703		
Dirección: calle 3 sur 9-48		Tel. Fijo No tiene	Celular 3106284835
Barrio: el portal		Correo electrónico: Disney garcia2017@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	CRISTIAN MAURICIO OME TELLES	19/04/2009	T.I 1094919748	23438915	27/02/2024	ALONSO MARTÍNEZ / DEFENSORÍA PRIMERA
2	ASTRID JOHANA VARGAS QUIMBAY	12-01-2008	T.I 1121864259	SIN INFORMACION	18/04/2024	COMISARIA ALGECIRAS
3	NESTOR GABRIEL	15-01-	T.I	SIN	08-07-	COMISARIA DE FAMILIA-

[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

	GARCIA MURCIA GALVIZ	2011	1.079.390.074	INFORMACION	2024	ALCALDIA MUNICIPAL DEL AGRADO
4	MARIA JOSE FIGUEROA CABRERA	12-10-2014	T.I 1.083.918.354	235100395	17-04-2024	CLAUDIO HERNAN LOPEZ GUTIERREZ – DEFENSORIA DE FAMILIA - PITALITO
5	KAROL XIOMARA GUARACA IQUIRA	03-06-2010	T.I 1.084.577.693	SIN INFORMACION	18-06-2024	COMISARIA DE FAMILIA- ALCALDIA MUNICIPAL DE NEIVA

* Anule los renglones no utilizados

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Cristian: Cuenta con todo la documentacion al dia, atenciones en salud, asiste a institucion educativa, con rendimiento regular.

Nestor: A partir del 1 de agosto se hace el inicio de todas las atenciones en salud, debido al proceso de portabilidad, se esta a la espera de documentacion para matricular en institucion educativa.

Mariajose: Cuenta con atenciones en salud al dia, pendiente que la comisaria de piterito envie certificaciones estudiantiles para dar inicio a la matricula.

Astrid: Cuenta con todas las atenciones en salud al dia, odontologia en tratamiento de amalgamas.

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

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

Descripción general de lo encontrado:

Maura Jose no tiene contacto con su red familiar debido a que estan en la busqueda de la misma

Powered by CamScanner

Los demas ciudadanos cuentan con entornos protectores.
y con los cuales regularmente su red familiar.
La madre sustituta les permite que cada uno tenga sus
espacios, genera habitos de aseo y cuidado personal.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Documentacion de carpetas al dia, con citas posteriores.
de seguimiento psicologico y odontologico por segundon

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

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

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

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

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

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con todos los documentos debidamente actualizados y con los soportes requeridos.

Powered by CamScanner

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	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:

la casa se encuentra en adecuadas condiciones, con un aseo adecuado, con hábitos de higiene estrictos, lugar donde se almacenan los alimentos adecuado y limpio.

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

Actividades desarrolladas en la visita:

- X 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.
- X Diálogo con miembros de la familia.
- X 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.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita DISNEY GARCIA GUALTEROS
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1081397052	TP. 172058	CC. 36383845
Celular: 3147988239		Celular: 3106284835
Correo electrónico: hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com		Correo electrónico: disneygarcia2017@hotmail.com

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P Versión 1	27/07/2021 Página 1 de 11

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

Fecha de visita: 30/07/2024

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

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social "Yo te cuido"	Calle 1a # 5-52 Barrio Unidad	3223801754

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Ana Lucia Muñoz	36114695	3223801754

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
NO APLICA		Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Ramos	Yeni Andrea
	Identificación: 36293823		

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

Powered by CamScanner

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Corregimiento Guacacallo	N/A	3114662015
Barrio:	Correo electrónico:	
Corregimiento Guacacallo	Yenandreaos21@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		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
2		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

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

Descripción general de lo encontrado:

Se observa que al momento de la visita, aun no hay usuarios en el Hogar

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