Madre Sustituta manifiesta que se encuentra a la espera de que le entreguen los niños, y que aun no conoce a los niños ni Tiene información detallada

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

	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

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

No Aplica

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		Informe, Esta en la Sede
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	—		
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:

Madre Sustituta manifiesta que requiere información especificada Sobre Todo el Proceso y manejo de la modalidad con sus respectivos deberes.

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							

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

Se observa que en la visita domi-
-ciliaria el dia de hoy 30/07/2024
la vivienda se encuentra en buen
estado General, con buenas condi-
-ciones de higiene y asepsia.

Powered by CamScanner

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

Sin hallazgo

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



15

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 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 Ochoa	Yeni Andrea Rojas
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
	Yeni Andrea Rojas R.
CC. 36114695 TP: 176683	CC. 36293823
Celular: 3223801754	Celular: 3114662015
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Notas:

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	30-Julio. 2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Yeni Andrea Rojas Ramos

	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:

A la fecha cuenten con Resolución No. 0010 del 12/07/2024 y notificación del 17-07-2024. Sin niños ni niñas.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Yeni Andrea Rojas Ramos	Sandra Mercedes Rodriguez C.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0006- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION 01/08/2022

FECHA: 30-Julio-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yeni Andrea Rojas Ramos

CENTRO ZONAL: Bolelito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Sandra Mercedes 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. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

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

Observacione de la Madre Sustituta: Buena la aptitud de los profesionales.

Yeni Andrea Rojas

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Yeni Andrea Rojas Ramos

Dirección: Cumoginiento Barranquilla

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

Powered by CamScanner

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

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

La casa no cuenta con escaleras ni con balcones las habitaciones no cuentan con puertas ni el baño, no conoce los usuarios que van a llegar al Hogar

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Carlos Mercado Rodriguez C
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC.	36256406 **TP.** 4925336 56
Celular:	3125354537
Correo electrónico:	Hogaresdeacogidoyoteacuidan

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

el baño no cuenta con puerta, en la visita se puede observar que cuenta con cortina.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Sandra Mercedes Rodriguez
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC.	36281406 TP. 49253656
Celular:	3125354134
Correo electrónico:	trabajosocialyotecuido.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: Yuli Andrea Rojas Arbeláez

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.	✓	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	✓	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	✓	
19	Los balcones deben tener protección.	✓	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	✓	
21	Los cables deben estar cubiertos.	✓	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	✓	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	

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

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	Pitalito
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA	Yuli Andrea Rojas Arturo		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	Y		3	0002041448	24-05-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		La bienestarina se encuentra bien conservada, en sitio Fresco, cuenta con recipiente Plastico con tapa.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Continuar dando buen uso a la bienestarina, aprovechamiento de su propiedad.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Sandra Marcela Rodriguez.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0008- 01/02/2022 FECHA DE APROBACION 01/02/2022

FECHA:	30-Julio-2024
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:	Yuli Andrea Rojas Acevedo
CENTRO ZONAL:	Pitalito
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:	Sandra Mercedes 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. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			
	X			

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

Observaciones de la Madre Sustituta:
Son buenas las visitas. Ya que nos pueden orientar que hace falta o hay q mejorar.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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 do 1

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

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
La usuaria cuenta con todos los elementos de aseo y uso personal individual.

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Sofía Hoyos Chirito

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [signature]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Juanita Mercedes Rodriguez

Powered by CamScanner

		FECHA DE	

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 F5YTC-026-01/08/2022	Página 3 de 4

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

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

OBSERVACION GENERAL
la usuaria cuenta con todos los elementos.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Laura Isabel Dorado Ruiz.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Mercedes Rodríguez

Powered by CamScanner

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS (29)		
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 zapalos	✓	

OBSERVACION GENERAL
La usuaria cuenta con todos los elementos de aseo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yenny Patricia Tirado.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Marcela Rodriguez

Powered by CamScanner

FPANCY

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 1 de 10**

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
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N.5 E 34 VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Dledi C. Rojas	41709184	3107865661

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
16-07-2024	Deiver Parra 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 NIETO	Segundo Apellido COTACIO	Nombres FRANCY YORLAY
	Identificación: 25.464.874		
Dirección:		Tel. Fijo NO REPORTA	Celular 3222689309
Barrio: CIUDADELA SAN MIGUEL		Correo electrónico: Francynieto56@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

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	YOHAN SEBASTIAN JOJOA PALENCIA	22/06/2014	1080187857	232113219	17/11/2022	Segunda/YARI MILENA RUIZ
2	CRISTHIAN DAVID ACOSTA CERON	26/06/2007	T.I 1117971444	18033615	9/02/2024	Septima/Anyela Cabrera
3	JHON FREDY ALEXANDER ABELLA CHAUX	2/10/2009	T.I 1.007.232.302	232111211	10-05-2024	Septima/Anyela Cabrera
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si 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:

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

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	SX No	SX No	SX No	Si 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	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

todos Con Buen Comportamiento.
un Poco Difícil JHON FREDDY
Sobre todo en el Colegio.
se le dan Recomendaciones.

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					

Powered by CamScanner

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:

Documentación Completa y organizada en su Compartimento Carpeta.

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)

Dotación Completa entregada a Cada uno de Ella.

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:

Tenia Pendiente actualizar Certificacion Manipulacion de Alimentos. Ya lo actualizo

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

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

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

Buenas Condiciones Higienicas aseo excelente buena Ventilacion e iluminación.

Powered by CamScanner

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

Sin Hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

__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.

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 FRANCY YORLAY NIETO COTACIO
Firma de la persona que realiza la visita Ledi Constanza Rojas M.		Firma de la persona que recibe la visita Francy Nieto
CC. 26427401	TP 228794112-1	CC. 25.464.874 DE INZA - CAUCA
Celular: 3107865661		Celular: 3222689309
Correo electrónico: HSPICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: francynieto56@hotmail.com

Notas:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

CERTIFICA

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

Se expide en Neiva el día 05 de 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

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 N° 5 E 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
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

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

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	GOMEZ	ARDILA	LEIDY CONSTANZA
	Identificación:		

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
CALLE 6 N. 3-79 URBANIZACION COMFAMILIAR	NO TIENE	3138961014

Barrio:	Correo electrónico:
CIUDADELA COMFAMILIAR	legomez19930@hotmail.com

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

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

[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	LEIDY MILENA ANACONA RUIZ	27/03/2011	T.I. 1082804960	SIN INFORMACION	24/05/2024	COMISARIA DE FAMILIA DE TESALIA
5	—	—	—	—	—	—

* 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
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / 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 X / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / 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

Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Krisdhael: la madre indica que es un niño juicioso, respetuoso y obediente a todo lo que se le pide, tiene atenciones en salud al dia.
Daniela: colaboradora con los quehaceres, comportamiento de acuerdo a su edad, Leidy: colaboradora, adaptandose al hogar sustituto ya inicio su escolaridad en el colegio Luis carlos trujillo ingresando al grado septimo.
Tania: una niña que goza de un estado de salud estable, con atenciones medicas al dia.

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 X / No	Si / No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
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:

Krisdhael: acata ordenes, es ordenado con sus cosas, asiste a los controles de su edad, tiene un buen y adecuado aseo personal.

Daniela: tiene adecuado comportamiento, estado de animo cambiantes.

Leidy: asiste a actividad extracurricular baloncesto, adecuado comportamiento, recibe tratamiento odontologico.

Tania: comparte de las diferentes actividades familiares, se realiza rutina de aseo segun sus necesidades, 31 de julio cita con pediatria, agosto control anfisiatria y gastroenterologo.

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

4.3. 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:

Brisdahel: toda la documentación al dia, atenciones con especialistas al dia, tratamiento continuo Psicologia Clinica.

Tania: Documentos y atenciones al dia.

Leidy: Proxima a iniciar sus actividades escolares en el colegio Luis Carlos Trujillo Blanco.

Daniela: se incorporo nuevamente a sus actividades escolares y hasta ahora con buen rendimiento academico.

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)

Cuentan con habitos de aseo acordes a su edad y responsabilidad por su cuerpo y su salud. Tienen rendimiento escolar bueno y compromiso por sus actividades. Habitos adecuados de aseo personal.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia 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:

Powered by CamScanner

Una madre sustituta comprometida con su labor, con gran compromiso hacia su labor, acompañamiento a cada uno de los niños/niñas según sus necesidades. Su documentacion en el orden solicitado.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Powered by CamScanner

Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

La vivienda en adecuada ubicacion, con una infraestructura de buenas condiciones, cocina ordenada, con sitios especificos para los alimentos, todo debidamente rotulado, fechas de vencimiento adecuadas.

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

No se encontraron.

Powered by CamScanner

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.
___ 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.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita **SHIRLEY GONZALEZ**	**Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita** Leidy Carolina Gomez
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 1081397052 **TP 702058**	**CC.** 1117529340
Celular: 3147988239	**Celular:** 3138961074
Correo electrónico: hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com	**Correo electrónico:** legomez1993@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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 7	
Hora: 8:30 AM	**Fecha: 18 Y 19 DE JULIO DEL 2024**
Lugar:	*Sede administrativa Garzón*
Dependencia que Convoca:	*Equipo multidisciplinario*
Proceso:	*Protección - Procesos Misionales*
Objetivo:	ESCUCHA ACTIVA Y ROLES PATERNOS promover una reflexión profunda sobre la importancia de la comunicación efectiva dentro de la dinámica familiar, específicamente enfocada en cómo la práctica de la escucha activa puede mejorar los roles y las interacciones paternas.

Agenda:

- Saludo.
- Escucha activa y roles paternos.
- Cierre.
- Decisiones.

Desarrollo:

En la formación del dia 17 y 18 de julio de 2024 en la jornada de 8:30 am, con un afectuoso saludo de bienvenida, se agradeció la participación a cada una de las madres Sustitutas.

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

Escucha Activa: Este concepto se refiere a la habilidad de prestar atención completa a lo que otra persona está comunicando, entendiendo no solo las palabras expresadas, sino también captando emociones, tono de voz y lenguaje corporal. En el contexto de roles paternos, la escucha activa permite a los padres entender las necesidades emocionales y físicas de sus hijos, fortaleciendo así la relación y la comunicación dentro de la familia.

Roles Paternos: Los roles paternos se refieren a las responsabilidades y funciones que los padres asumen en la crianza y el desarrollo de sus hijos. Esto incluye proveer seguridad emocional y

Powered by CamScanner

física, guiar en la toma de decisiones, enseñar valores y habilidades, y ofrecer apoyo emocional y afectivo. En la actualidad, estos roles no se limitan a las figuras tradicionales de padre proveedor y madre cuidadora, sino que también abarcan modelos diversos y flexibles de paren talidad que se adaptan a las necesidades individuales y familiares.

En conjunto, una escucha activa por parte de los padres hacia sus hijos facilita una comprensión más profunda de sus experiencias y preocupaciones, permitiéndoles desempeñar roles paternos de manera más efectiva y empática, contribuyendo así al bienestar integral de la familia.

Fomento de la Comunicación Positiva: Impulsar la práctica de la escucha activa entre padres e hijos para fortalecer la comunicación emocional y la comprensión mutua.

Mejora en la Relación Padre-Hijo: Facilitar un ambiente de confianza y apertura donde los hijos se sientan escuchados y comprendidos por sus padres, fomentando así una relación más sólida y afectuosa.

Desarrollo de Habilidades Parentales: Capacitar a los padres para que adquieran habilidades efectivas de escucha activa, las cuales son fundamentales para abordar las necesidades emocionales y de desarrollo de sus hijos de manera adecuada.

Promoción de Modelos de Paren talidad Positiva: Inspirar a los padres a adoptar roles paternos que incluyan no solo la provisión material, sino también el apoyo emocional y el acompañamiento activo en el crecimiento y desarrollo integral de sus hijos.

Decisiones:

- Fomentar la práctica de la escucha activa permite a los padres comprender mejor las necesidades, preocupaciones y deseos de sus hijos. Esto facilita tomar decisiones que estén más alineadas con las expectativas y bienestar de cada miembro familiar.
- Fomentar la participación de los hijos en el proceso de toma de decisiones familiares, escuchando sus opiniones y perspectivas, promueve un sentido de responsabilidad y autonomía.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Participar activamente en la crianza de los hijos de manera amorosa y respetuosa.	*Equipo fundación social yo te cuido y madres sustitutas*	*Permanente*
Mantener una escucha activa y receptiva para la solución de problemas.	*Equipo fundación social yo te cuido y madres sustitutas*	*Permanente*

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





¡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

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Leidy Yohana Pizo B.	Mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Leidy Yohana Pizo.
José Gregorio	Papá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	José Gregorio
Manila Galindo G.	Tia	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Manila Galindo
María Nancy Gordillo G.	abuela	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	María Nancy Gordillo
Yeimy Andrea Galindo Gordillo	Tia	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Yeimy Galindo
Marco Antonio Vaquiro	Papá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Marco Vaquiro
Jorge Perez	Papa	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Angie Perez	Mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	

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

Fecha de visita: 31 Julio

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 12 # 5E – 34 VILLA DEL PRADO	**31224564343**

Profesional que realiza el seguimiento:

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C	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
05/06/2024	Pola Polroche.	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	Solórzano	Cardozo	Olga Beatriz
	Identificación: cc 36381366		
Dirección: Carrera 4 # 2ª - 99 SUR		Tel. Fijo No tiene	Celular 3115996113
Barrio: San Rafael	Correo electrónico: olgasolorzano0512@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	ANDRES FELIPE OTELA RIVERA	16-03-2018	R.C. 1080267572	23439245	8/04/2024	COMISARIA DE FAMILIA LA ARGENTINA
2	SARA VALENTINA OTELA RIVERA	5-11-2013	T.I 1082158993	23439244	8/04/2024	COMISARIA DE FAMILIA LA ARGENTINA
3	MARIANA ACENET ACOSTA GUTIERREZ	21-04-2010	T.I 1145825663	23439371	01-05-2024	DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA- LA PLATA

[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

Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Mariana: Es una adolescente que en el trambito familiar. sostiene tiene comportamientos respetuosos, acomedidos y participativa de los toreos del hogar, cuenta con atenciones medicas al dia, con ella se lleva proceso por Psicologia y psiquiatria con citas constantes a estas especialidades.
Andres: cuenta con atenciones medicas al dia, con especialidades en Psicologia y Psicologia clinica ya en tratamiento. Es un niño que le cuesta las normas y los habitos de participar en el hogar, se llevan acuerdos para la implementacion de estas.
Sara: Cuenta con proceso de traslado de EPS, se esta a la espera de la portabilidad y dar asi inicio a las atenciones requeridas.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Powered by CamScanner

4						
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizad

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	SI X NO	SI X NO	SI X 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
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:

Mariana: una adolescente que en el hogar sustituto toma la iniciativa para realizar las actividades, recibe el afecto por parte de la familia sustituta, expresa sus ideas e inconformidades.

Andres: se trabajan con el habitos de aseo, le cuestan un poco pero ella en el proceso de aprendizaje:

Sara: acata las normas, se expresa libremente, participa de todas las actividades familiares.

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

4.3. 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:

Las carpetas cuentan con la documentación del dia, Seguimientos en salud de cada niño segun la neseidad deacuerdo a su proceso, citas pendientes por asignar dentro de los tiempos establecidos

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).

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

Los niños de la unidad cuentan con sus espacios libres y ordenados, sus articulos debidamente marcados y guardados cada uno tiene su propio espacio para los sus personales. todo limpio, organizado y ordenado.

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:

Se encuentra la papelera al dia, se le hace recomendacion de sacar citas medicas para examenes medicos ya que estan proximos a vencer, por tanto ir adelantando este proceso.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

La vivienda esta en optimas condiciones, especial aseadas y en completo orden.

Powered by CamScanner

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

No se dejan compromisos,

CLASIFICADA

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		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Nory Shirley Gantulet Shirley Gantulet		OLGA BEATRIZ SOLORZANO
CC.1081397052	TP. 172058	CC. 36.381.366
Celular: 3147988238		Celular: 3115596113
Correo electrónico: hspsicologialaplata@fundacionyotecuido.com		Correo electrónico: Masanchez09@misena.edu.co

Notas:

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

Powered by CamScanner

FORMATO 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 N.5 E 34 VILLA DEL PRADO**	**3124564343**

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	**CC.**	**Celular**
Ledi Cardenas Rojas	41709184	3107865661

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	**Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita**	**Entidad que realizó la visita**
16-07-24	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	Primer apellido CALDERON	Segundo Apellido USECHE	Nombres WILSON
	Identificación: 12271864		
Dirección: Calle 19 No. 1AE – 04		Tel. Fijo NO REFIERE	Celular 3103311759 - 3154138976
Barrio: Ciudadela San Miguel	Correo electrónico: Quinterochaux@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	LEIDY JOHANA MENSA MOPAN	1/08/2012	T.I 1145827589	23437299	18/01/2023	comisaria La Plata/Natalia Lozano
2	JAMES ANDRES COLLAZOS GUAGAS	16/07/2014	TI 1,081,917,027	1763561196	01/03/2024	segunda/Eliana Mercedes Alvarez
3	FRANKLIN SMITH BORJA	09/10/2023	RC 1145833595	23438640	01/03/2024	Defensoría primera Alonso Martínez

[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 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 / No X	Si / No	Si / No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	SI X / No	SI X / No	Si / No X	Si / No	Si / No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	SI X / No	SI X / No	Si / No X	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:

Powered by CamScanner

Adaptada a la Modalidad de Servicio Con Buena Presentación Personal.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

Teidy sin Contacto Con su Familia de origen. Jamas Pidio a su Reintegro

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Powered by CamScanner

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

Observaciones:

Documentación Completa y en Cada una de la Carpeta

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

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

Dotacion en Buenas Condiciones.

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:

Pendiente Certificado de Primeros auxilios

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

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

Aseo bueno, organización de los espacios en orden. Y Buena Ventilación e iluminación

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)

Sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita WILSON CALDERON USECHE
Firma de la persona que realiza la visita Ledi Constanza Rojas M.		Firma de la persona que recibe la visita Magdalena red de apoyo
CC.41709184	TP 228794112-1	CC. 12271864
Celular: 3107865661		Celular: 3217612621
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com		Correo electrónico: calderonusechewilson@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

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.5E-34 VILLA DEL PRADO	**3124564343**

Profesional que realiza el seguimiento:

LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO	**CC 41709184**	**3107865661**

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
18-07-2024	PAOLA PULICHE	ICBF.

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

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

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

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Sanchez	Caupaz	Elvia Yolima
	Identificación: cc 36380913		
Dirección: carrera 7 -7-52		Tel. Fijo No tiene	Celular 3112054419
Barrio: Paez		Correo electrónico: eyolimasanchez@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [v] 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	JOHAN ANDRES JIMENEZ ORDOÑEZ	4/12/2009	T.I 1083894004	232118840	28/02/2024	Segunda/Yari Milena Ruiz
2	Angel Jacob Oyune Rojas	06-09-2019	R.C 1075324820	23439657	13-05-2024	ELIANA MERCEDES ALVAREZ/DEFENSORIA SEGUNDA
3	OSCAR MEJÍA LLANOS	20/02/2010	T.I 1083901343	23438720	30/01/2024	comisaria La Plata/Eliana castro

[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 X / No	SI X / No	SI X / 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 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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

ANGEL JACOB FUE VINCULADO AL CDI SONRISAS PLATEÑAS.

OSCAR Y JHOAN ASISTEN A LA INSTITUCION EDUCATIVA.

COPIA CONTROLADA

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

LOS USUARIOS ASISTEN A LOS CONTROLES PROPIOS DE SU EDAD. EL RENDIMIENTO ESCOLAR ES BUENO. ANGEL ES UN POCO DESOBEDIENTE PERO CON EL APOYO DE LA MADRE SUSTITUTA ACATA ORDENES Y SE ESTA ADAPTANDO SATISFACTORIAMENTE A LA UNIDAD DE SERVICIO

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	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:

ANGEL NO RECIBE BOLETIN PUES ASISTE A CDI

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					
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)

CON DOTACION COMPLETA.
ANGEL NO RECIBIO DOTACION ESCOLAR PERO LE ENTREGARON UNIFORMES CON LOS CORRESPONDIENTES ZAPATOS

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		

Powered by CamScanner

Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Observaciones:

REVISADAS LAS CARPETAS NO HAY HALLAZGOS DE VISITA ANTERIOR REALIZADA.

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

Powered by CamScanner

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:

Los Espacios Con Buen aseo y Organizacion.

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

NO SE DEJAN HALLAZGOS.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

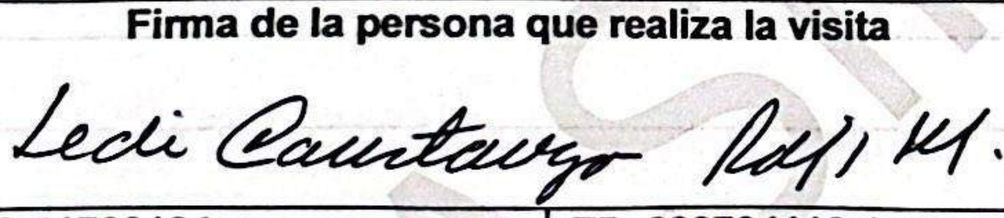
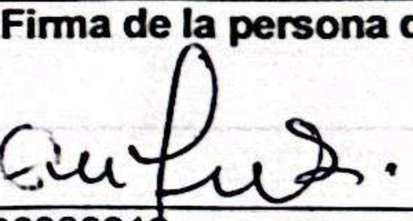
_X_ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
___ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
_X_ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
___ Diálogo con miembros de la familia.
___ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_X_ Observación a vivienda, dotación, otros

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 ELVIA YOLIMA SANCHEZ
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 
CC.41709184	TP. 228794112-1	CC. 36380913
Celular: 3107865661		Celular: 3112054419
Correo electrónico: HSPICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: eyolimasanchez@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

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

Fecha de visita: 29-07-2024

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

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Yo te cuido	Cll 1 # 5-52 B/Trinidad	3125354937

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC	Celular
Sandra M. Rodriguez	36286456	3125354937

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
N/A	N/A	N/A

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Sanchez	Rojas	Gloria Patricia
	Identificación: 36288158		

[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
Cll 3 E Sur #5A-26		3142618535
Barrio:	**Correo electrónico:**	
Picaleña	patolin.lopez@Hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico [X] Plan Mejoramiento[3] [ ] 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	Geanpoll David Valle Salamanca	05/01/2015	1083922961	2351027756	17/07/2024	Claudia Lopez
2						
3						
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

[3] 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	SK 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.	SK No	Si No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

El niño Gavagoll David ingreso a la unidad de Semcas el 17 de Julio 2024. por el motivo de

Powered by CamScanner

negligencia por parte de los progenitores, dejandolo solo en el hospital. Por lo anterior ingresa con la tutora instituto Gloria Patricia quien lo acompaño en la remisión realizada por el hospital a Bogota para valoración por psiquiatria, una vez fue valorado la misma fue hospitalizada. a la fecha continua en hospitalización en la clinica inmaculada.

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 Versión 1	27/07/2021 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:

A la fecha el menor se encuentra hospitalizado en la clínica la Inmaculada de la ciudad de Bogotá, por lo cual no se descarta alguna información, ya que el menor se encuentra en el hospital San Antonio de Pitalito cuando fue entregado a la madre sustituta y de este lugar fue remitido a psiquiatría para la ciudad de Bogotá.

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

No se cuenta con alguna documentación debido como se dio el proceso, el menor se encontraba en el hospital San Antonio Pitalito y fue abandonado por su progenitora, en ese momento el mismo pasa al hogar de la madre sustituta Gloria Patricia quien realiza acompañamiento al menor a la ciudad de Bogotá para valoración por Psiquiatría, quedando ubicado en la Clínica la Inmaculada.

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)

A la fecha no se le ha entregado dotación escolar ya que se encuentra hospitalizado en la ciudad de Bogotá en la clínica Inmaculada, desde el momento que ingreso al hogar sustituto. Se le realiza entrega una vez regrese de la ciudad de Bogotá.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		1607-2024
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		mayo 2024
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		19-05-2024
Certificación primeros auxilios	✓		19-05-2024
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

- Pendiente certificado - residencia Gas domiciliario
- la hoja de vida de la madre sustituta se encuentra digitalizada
- Antecedentes actualizados al mes de Julio falta de la composición familiar y red de apoyo
- Salud Adres 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

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
Lavanderia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

la vivienda se encuentra organizada, espacios libres de malos olores, las habitaciones con ambientes agradables para el descanso de los usuarios, el área de la cocina, limpia, nevera con alimentos rotulados en el refrigerador los proteinos almacenados por variedad "Carne, pollo, Pescado"

Powered by CamScanner

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

- Pendiente certificado de revisión del gas, fecha de cumplimiento 10 de agosto
- Dar autoridad en atenciones de salud del menor Beckett David Ovalle.

CLASIFICADO

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN 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	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)

__✓__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
Sandra Morales Rodriguez C.	
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 36 286 488 492533651	CC. 36 288 958
Celular: 3125354537	Celular: 3104601584
Correo electrónico: bienestarcolpitito@hotmail.com	Correo electrónico:

Notas:

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

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

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

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: Gloria Patricia Sanchez R

Dirección: Calle 3 Sa 26 B/ Pradera

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

Powered by CamScanner

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

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

OBSERVACIONES

La vivienda se encuentra en buenas condiciones generales.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Firma de la persona que realiza la verificación	Santa Mercedes Restrepo C.
CC. 36286406	**TP.** 4925536 56
Celular: 3123354537	
Correo electrónico: Hstrabajosocial@yteCuido.com	

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	29-Julio-2024	CENTRO ZONAL	Patalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Gloria Patricia Sanchez Rojas

	SI	NO	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		7 3	00202414HB 00020572024	24-08-2024 15-10-2024

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se encuentra en recipiente Plastico con tapa, rotulada y en uso.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES

Se recomienda a la madre sustituta continuar con el suministro a los usuarios de acuerdo a la minuta.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Gloria Patricia Sanchez R.	Yanet Lozano R.C.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 PSYTC-0006 31/08/2023 FECHA DE APROBACIÓN: 31/08/2023

FECHA: 24-Julio, 2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Gloria Patricia Sánchez

CENTRO ZONAL: PITALITO

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

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

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

OPINION 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:

Gloria Patricia Sánchez

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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 2 de 11

Dirección: Conegimento Guacacallo	Tel. Fijo N/A	Celular 3229080275
Barrio: Conegimento Guacacallo	Correo electrónico: danaceldaran3274@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	Asind Nicol Mayon Tique	DD/MM/AA 16/06/2011	1076910049	2359425 (23/05/2022)	DD/MM/AA 23/05/2022	Defensora Claudia Lopez
2	Jose Camilo Mayon Tique	DD/MM/AA 23/05/2008	1.088883636	2359435 89	DD/MM/AA 23/05/2022	Defensora Claudia Lopez
3	Heidy Vanesa Perafan Urbano	DD/MM/AA 07/06/2012	1083907392	1764089392	DD/MM/AA 31/05/2022	Defensora Cristina Molina Comisaria
4	Jocana Campo Sanchez	DD/MM/AA 29/05/2018	1077879715	N/A	DD/MM/AA 31/07/2022	Defensora Elcy Bravo
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

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	X	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra M Rodriguez	36286406	3125514507

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
DD/MM/AAAA 30/07/24	Sandra M. Rodriguez	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Caldoso	Escalante	Karen Dayana.
	Identificación:		

[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

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:

Durante la visita los niños cuentan con todo lo del fortalecimiento personal.

Powered by CamScanner

Todos hacen parte de teatro vocal - canto los dos niños y Jovenes en horas de la mañana. Cuentan con Afiliacion al Sistema de Salud y vinculados al sistema educativo en la I.E Guacacallo.

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 X / No	Si / No X
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 X / No	Si / No

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:

- Los niños cuentan con todos los documentos solicitados, los cuadernos de los registros se encuentran al dia 20-07/2024.

- Se recomienda a la madre sustituta sele recomienda llenar los cuadernos de los registros de experiencias.

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	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:

La madre Institu realiza acompañamiento a todos los usuarios en los diferentes espacios, garantizando sus derechos.

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 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)

En la visita se pudo observar que todos los elementos se encuentran en buenas condiciones y todos los niños han recibido dotación de cumpleaños de acuerdo a su gusto, igualmente los elementos de aseo y escolar, final y brazos.

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		23/02/24
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		14-02/24
Certificación primeros auxilios	X		14-02/24
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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Observaciones:

La carpeta de la madre cuenta con toda la documentación y los certificados de manipulación de alimentos y primeros auxilios se encuentran 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.

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:

la vivienda cuenta con espacios grandes, amplios y limpios, de igual manera todo esta en buenas condiciones, la cocina cuenta con puerta de ingreso, los elementos cortantes esten en un lugar seguro bajo llave.

Powered by CamScanner

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

- Continuar con en la ingesta del protocolo brindando acompañamiento a los niños y
- Mantener buena comunicación con los niños, Comunicación asertiva.

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 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
Sandra Morales Rodriguez	KAREN DAYANA GALACEON
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	KAREN DAYANA GALACEON
cc. 36286486 49253456	cc. 1083893442.
Celular: 3125354531	Celular: 3229090277.
Correo electrónico: trabajosocial.p.m.1	Correo electrónico: karengalaceon379@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 SERÁN 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 FBYTC-0000- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION 01/08/2022

FECHA: 30 - 07 - 2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Karen Dariana Calderon

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Ana Lucia Muñoz Ortega

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta: NINGUNA .

KAREN DARIANA CALDERON

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Karen Daricsa Calderon

Dirección: Conocimiento de Caracolito

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	Si	
3	Sin grietas.	Si	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	Si	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	Si	
6	Sin humedad.	Si	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	Si	
8	Ventilación e iluminación natural.	Si	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	Si	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	Si	
11	Baños con puertas seguras.	Si	
12	Sanitarios en perfecto estado.	Si	
13	Espejos en perfecto estado.	Si	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	Si	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	Si	
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.	Si	
21	Los cables deben estar cubiertos.	Si	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	Si	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	Si	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	Si	

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.	Si	
26	Paredes limpias.	Si	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	Si	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	Si	
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.	Si	
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.	Si	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	Si	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	Si	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	Si	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	Si	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	Si	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	Si	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	Si	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	Si	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	Si	

OBSERVACIONES

Se observa el sitio en buenas condiciones de aseo y de seguridad, con una organizacion de manera ergonomica y Agradable

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 36114695 **TP.** 176685

Celular: 3223801754

Correo electrónico:

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	30 de Julio 2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Karen Dariana Calderon Escobar

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1	0002041608	24-08-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se observa la bolsa de bienestarina, en buenas condiciones y almacenada correctamente, y esta en uso.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES

Se hace Recomendaciones sobre continuar con las buenas practicas de almacenamiento

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
KAREN DALIANA CALDERON	

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 de Julio 2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Karen Dariana Calderon Escalante

	SI	NO	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1	0002041608	24-08-2024

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se observa la bolsa de Bienestarina, en buenas condiciones y almacenada correctamente y esta en uso.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Se hace Recomendaciones sobre continuar con las buenas practicas de almacenamiento

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
KAREN DARIANA CALDERON.	

Powered by CamScanner

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

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

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	Si	
Bloqueador solar	Si	
Champú	Si	
Crema dental	Si	
Papel Higiénico	Si	
Gel Antibacterial	Si	
Cepillo y betún para zapatos	Si	

OBSERVACION GENERAL
Se observa que la usuaria Tiene todos los elementos de aseo e higiene personal

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: LUCIANA

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: KAREN DARIANA GALEANO

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

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

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	Si	
Bloqueador solar	Si	
Champú	Si	
Crema dental	Si	
Papel Higiénico	Si	
Gel Antibacterial	Si	
Cepillo y betún para zapatos	Si	

OBSERVACION GENERAL
El usuario se encuentra con los utiles de aseo

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Jose Camilo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : KAREN DAYANA CALDERON.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

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

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	Si	
Bloqueador solar	Si	
Champú	Si	
Crema dental	Si	
Papel Higiénico	Si	
Gel Antibacterial	Si	
Cepillo y betún para zapatos	Si	

OBSERVACION GENERAL
Se observa que la usuaria cuenta con todos los elementos necesarios de aseo e higiene personal

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Astrid Nicol Magon Tigue

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: KAREN DAYANA CALDERON

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

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

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	Si	
Bloqueador solar	Si	
Champú	Si	
Crema dental	Si	
Papel Higiénico	Si	
Gel Antibacterial	Si	
Cepillo y betún para zapatos	Si	

OBSERVACION GENERAL
Se observa buena dotacion de elementos de aseo e higiene Personal

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Heidy Vanessa Perafan

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : ELEN. MARIANA ARROYO.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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 1 de 11

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

Fecha de visita: DD/MM/AAAA

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
Yo te cuido Ana Lucia Muñoz	Calle 2#5-54	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	Rocio Carolina Vengas	Fundacion Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Urbano	Murcia	Luz Nelly
	Identificación:		

[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:	Tel. Fijo	Celular
Cra 9C este # 13-69 Sur	N/A	3138348005
Barrio:	**Correo electrónico:**	
Las Palmitas	luendyyarcia@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	Andres Felipe Martinez Mateo	21/08/2019	1144683353	3176386414	22/11/2023	Defensoria de Familia Tercera Cristina Molina
2	Emanuel Santiago Martinez Males	23/08/2011	1082150033	3136855250	22/11/2023	Defensoria de Familia Tercera Cristina Molina
3	Juliana Paloma Martinez Males	07/12/2017	1089312101	3159949136	22/11/2023	Defensoria de Familia Tercera Cristina Molina
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

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 logra observar que los niños cuentan con vinculación al sistema escolar, en la carpeta

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

En cuanto las atenciones en salud, pendiente Neuropsicología todos tres usuarios, ya se estan realizando las gestiones.
Emanuel con tratamiento farmacologico, se observa registro de medicamentos actualizado a la fecha.
los usuarios con documento de identidad acorde a la edad cronologica.
en las carpetas se encuentran los certificados de las atenciones psicosocial

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

Los residents tienen encuentro Biologico cada mes. Para Fortalecer los vinculos Familiares. Madre Sustituta Manifiesta que "Emanuel ejerce autoridad en contra Sus otros dos hermanos, al punto de intentar Golpearlos" y que ella y el ha Reportado la Situacion a las autoridades administrativas Para, buscar Soluciones, Tambien Se ha tratado al menor por los Servicios de Psicologia. y Psiquiatria.

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

4.3. 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		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:

Las carpetas se encuentran organizadas en orden cronologico con los documentos actualizados.
Fosyga actualizado al mes de Julio
Informes escolares al dia con mes de Julio
Tratamientos y citas Medicas en Proceso con los Tres menores. Neurologia, Psiquiatria, Prueba cognitivo de Emanuel, odontologia se esta Gestionando

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2013

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					
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)

Se observa dotacion en buen estado, los usuarios Recibieron dotacion de completar en el mes de Junio, de acuerdo a la edad y Gusto de los niños.
En cuanto a la dotacion escolar Se observa actas de entrega, no se Revisa Porque se deja en la IE.
La dotacion de aseo Se observa suficiente para el uso necesario de los Menores.

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

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

La carpeta de la madre sustituta se encuentra organizada, con documentos actualizados, con sus respectivos separadores y en orden cronologico.

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	Si	Si	Si
Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

La vivienda se encuentra Organizada espacios agradables y seguros para la permanencia de los usuarios.

El area de la cocina se encuentra limpia libre de malos olores o roedores. Nevera limpia, alimentos rotulados

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 recomienda Continuar con las gestiones en Salud, que permita la trazabilidad de las atenciones en:

- Neurología Pediatrica Abdas Ines
- Prueba Cognitiva = Emmanuel
- pasar por odontología Emmanuel en el mes de julio → plazo 10 de Agosto.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 M04 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 11 de 11

Actividades desarrolladas en la visita:

_____ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
__X__ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__X__ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
_____ 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
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 36114695 TP. 176683	CC. 2056 7386 Sam H
Celular: 3223801754	Celular: 3138346005
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Notas:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	29-Julio-2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Luz Nelly Guzman Urbano

	SI	NO	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1	0002057040	15-Oct-2024

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		la bienestarina se almacena en recipiente plastico con tapa y rotulado.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Continuar con el buen almacenamiento de la bienestarina y el suministro a los usuarios de la unidad.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
26521386	

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Luz Nelly Urbano

Dirección: Cll 9C # 13-69 Sur B/ las palmitas

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	+	
26	Paredes limpias.	+	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	+	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	+	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/O	
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 alimarias 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

Vivienda sin riesgos aparentes

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz Ortega

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 56114695 | TP. 176683

Celular: 3223801754

Correo electrónico:

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	

FECHA:	29-07-2024
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:	Liz Nelly Urbano
CENTRO ZONAL:	Didelito
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:	Ana Lucia Muñoz Ortega

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:
La Visita fue muy clara y amable por parte del equipo Dios Bendiga.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

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

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	Si	
Bloqueador solar	Si	
Champú	Si	
Crema dental	Si	
Papel Higiénico	Si	
Gel Antibacterial	Si	
Cepillo y betún para zapatos	Si	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yoneth Ubaldo Tuiran

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____

Powered by CamScanner

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

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

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	Si	
Bloqueador solar	Si	
Champú	Si	
Crema dental	Si	
Papel Higiénico	Si	
Gel Antibacterial	Si	
Cepillo y betún para zapatos	Si	

OBSERVACION GENERAL
El usuario cuenta con todos los elementos

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:

Nombre de la madre Sustituta: Luz Adriana Ocampo Agudelo

Nombre profesional que verifico: [signature]

Powered by CamScanner

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

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

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	Si	
Bloqueador solar	Si	
Champú	Si	
Crema dental	Si	
Papel Higiénico	Si	
Gel Antibacterial	Si	
Cepillo y betún para zapatos	Si	

OBSERVACION GENERAL
-El usuario cuenta con todos los elementos correspondientes

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma (Emmanuel Santos)

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Luz Mery Urbano Aguirre

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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	X	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 Trinidad	3223801754

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Ana Lucia Reyes	36114695	3223801754

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/06/2024	Rocio Carolina Vargas	Fundación Social Yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Arturduaga	Yuli Andrea
	Identificación: 1.083887.399		

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Corregimiento Guacacalito	Tel. Fijo: N/A	Celular: 3219706291
Barrio: Vereda el Tigre	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Laura Isabel Dorado Ruiz	01-10 2010	1144627702	2369 9723	11/08/2021	Comisaria de Familia Acacias
2	Sofia Hoyos Chilito	11-01 2015	1084260020	2369 9651	21/07/2023	Comisaria de Familia ISNOS
3	Yenny Patricia Tiado Toro	04-04 2002	1119212746	2353 4835	23/11/2023	Defensoria de familia Claudio Lopez
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

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 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.	X No	X No	X No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	X No	X No	X No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	X No	X No	X No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	X No	X No	X No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	X No	X No	X No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	X No	X No	X No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	X No	X No	X No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	X No	X No	X No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	X No	X No	X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Se observa que las usuarias tienen todos sus Procesos de afiliacion al dia

Powered by CamScanner

de Salud, Educacion y Servicios con las diferentes especialidades como, Psicologia, odontologia, Psiquiatria, Medicina General, controles, Vacunas y otros

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Se observa que en la unidad del Servicio se presenta conflicto con la usuaria "5" Laura Isabel dorado, quien se torna agresiva con la Menor Sofia Hoyos.

La madre 5 manifiesta que ya ha reportado el caso y solicita el cambio de ambiente para la menor laura Isabel Dorado, Porque Reporta que ya no la Respeta, a ella ni a su Familia

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:

al momento del Seguimiento se observa que todos los procesos se encuentran en buen tramite con buen cumplimiento y Responsabilidad. con todos sus tramites Medicos y educativos, con las carpetas en orden y actualizado

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 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					
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)

Madre Sustituta Manifiesta que a la usuaria Sofia Hoyos no le dieron dotacion escolar

Se observa que a las otras dos usuarias cuentan con todas las dotaciones: Basica, Personal, escolar, aseo e higiene Personal

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia 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 si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Powered by CamScanner

Observaciones:

Se observa que la madre sustituta cuenta con carpeta actualizada con sus documentos en Regla y al día, organizada en buen estado

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 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 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 optimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Piso seguro, no resbaladizo, 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 se encuentra la vivienda en muy buenas condiciones generales, de Higiene y asepsia. con buena organizacion

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

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

Se Sugiere a la madre Sustituta, el manejo de Resolucion de conflictos y auto control Para manejar la dificultad que se viene presentando con las Menores y continuar con los Procesos de citas Medicas y controles que se Requieran Para Mejorar la calidad de vida de las Usuarias

CLASIFICADO

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

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

_____ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD
_____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__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 RoI.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Ana Lucia Muñoz	Yuli Andrea Rojo A.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 36114695 TP. 176683	CC. 1083 887 390
Celular: 3223801754	Celular: 321 970 6201
Correo electrónico:	Correo electrónico: [illegible]@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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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	X	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	3282040036

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
28-Junio-2024	Rocio Carolina Cardas	Fundacion Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Diaz	Molina	Omaira
	Identificación: 36.296.864		

[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	3144728447
Barrio: Corregimiento Guacacallo	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

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	Elizabeth Milagros Samboni Golondrino	25/03/2010	1083987253	N/A	11/08/2023	Comisaria de Familia Acevedo
2	Yostin Leandro Samboni Golondrino	15/03/2018	1077248471	N/A	11/08/2023	Comisaria de Familia Acevedo
3	Yorvin Smith	13/04/2017	1069726277	2351002148	06/06/2024	Defensoria de Familia cuarta Claudia Lopez
4	Yulia Constanza Rojas Vanegas	31/07/2008	1144625522	1769142	18/06/2024	Defensoria de Familia cuarta Claudia Lopez
5	Dessy Alexandra Rojas Vanegas	26/03/2011	1079536539	1764139 ES	18/06/2024	Defensoria de Familia cuarta Claudia Lopez

* 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

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

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:

_____

_____

Powered by CamScanner

Se observa que los usuarios se encuentran con los procesos completos en salud educacion, controles y demas, los usuarios tienen pendiente el proceso de atencion por Psicologia, citas en proceso

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 X No	Si X 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	X No

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 PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P Versión 1	27/07/2021 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:

Actualmente los usuarios: Elizabet Samboni y Yostin Samboni, NO tienen encuentros Biologicos Por Motivos de desinteres de los Padres Biologicos.

Los usuarios Yorlin Ortiz, Deissy Rojas y Yulli Rojas actualmente NO cuentan con encuentros Biologicos a espera de la Citación

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

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

Observaciones:

La Madre Sustituta Manifiesta que la usuaria Yulli constanza Rosas, entraiamente matriculada en una IE Privada y que no se encuentra a Paz y Salvo, se debe pagar. $680.000 más omenos para que le hagan entrega de las Notas o Boletin. La Señora Omaira Manifiesta que esto ya lo informo.

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

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

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

Se observa que todos los usuarios cuentan con sus dotaciones, Basicas, personales, escolares y de aseo chigiene personal.
Todo organizado y en buen estado

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		20/04/2024
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		10/02/2024
Certificación primeros auxilios	X		10/02/2024
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

Se observa que en la visita domiciliaria en el mes de Julio del 2024, todos los documentos y anexos se encuentran vigentes, organizados en buen estado

Se Recomienda a madre sustituta continuar con el buen proceso. de apoyo y acompañamiento a todos los procesos en la unidad de atención

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

Powered by CamScanner

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	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 observa la vivienda en condiciones higienicas adecuadas

Powered by CamScanner

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

-Madre Sustituta manifiesta tener en cuenta, las dotaciones con Prioridad ya que se habia presentado anteriormente demoras en la entrega

Se Recomienda a la Madre Sustituta estar Pendiente en el Proceso de citas Medicas, con los especialidades de Psicologia, Por. EPS. y continuar con odontologia y controles

CLASSIC

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

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	Omaira Diaz Molina
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 36114695 TP. 176483	CC. 36295884
Celular: 3223801754	Celular: 3147298447
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	30 - Julio - 2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Omaira Díaz Molina

	SI	NO	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		3	000204144B	24-08-2024

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	Y		Se puede evidenciar 3 bolsas de bienestarina, cuentan con buen almacenamiento y conservación. en recipiente plastico con tapa.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES

Continue con el buen manejo de la bienestarina.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Paula Macedo 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: Omaira Diaz Molina

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

OBSERVACIONES

En la visita se puede observar que el baño no cuenta con puerta como protección tiene cortina. los cables electricos se encuentran a la vista pero aislados.

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. 4925536S6
Celular:	3125354537
Correo electrónico:	hsgestorpitalit@yotecuib.com

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	
		VERSIÓN: 1 CÓDIGO: SIN CÓDIGO
		FECHA DE APROBACIÓN: SIN FECHA

FECHA:	30-Julio-2024
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:	Ongira Diaz Molina
CENTRO ZONAL:	Pitalito
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:	Sandra Yecenia 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. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	X			

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

Observaciones de la Madre Sustituta:
Son muy importantes las visitas para saber si todo esta bien y si hay que mejorar algo para hacerlo.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
La usuaria cuenta con todos los implementos.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yilly Constanza Rojas

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Marcela Ramos.

Powered by CamScanner

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	+	
Cepillo dental	+	
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
La usuaria cuenta con todos los implementos en buen estado

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Deissy Alexandra Bajos V.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Yecelo Rodriguez C.

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	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

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

OBSERVACION GENERAL
El usuario cuenta con todos los implementos de aseo de uso personal.

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Justin Alejandro Sambrano G.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Jessica Patricia 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 implementos de aseo y de uso personal.

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Yorvin Sparta Ortiz

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra M. 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	✓	

OBSERVACIÓN GENERAL
El usuario cuenta con todos los implementos de aseo y higiene personal.

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Elizabeth Alegres Sambon.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [illegible]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [illegible]

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: 31/07/2024

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

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social "Yo te cuido"		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 Carolina Vargas	Fundacion Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rivera	Garcia	Paula Alejandra
	Identificación:	1082779043	

[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: Kra 2a # 27 - 21 Barrio los Arandanos	Tel. Fijo N/A	Celular 3123098374
Barrio: Arandanos	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	Ariadna Sofia Solera Cajibioy	25/11/2008	1083941780	2351022[illegible]	30/05/2024	Defensoría de Familia #4 Claudio Lopez
2	Maria del Mar Galindez Bravo	04/06/2013	1144630774	2359B 446	13/03/2023	Comisaria de Fiscalia Olga Pastrana
3	Maria Jose Salgado Vega	10/09 2009	1053892 928	23580 655	17/07/2019	Defensoria de familia Claudio Lopez
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

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 X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si No X	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si No X	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si No X	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

La usuaria Ariadna Solera No aplica Para Vinculacion al Sistema Educativo

Powered by CamScanner

Pendiente cita Para Ecografia Para la Primera Semana de Agosto.

todos los usuarios Se encuentran al dia con Procesos de Salud y controles,
En el area educativa aun no ha Recibido informes por la IE

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
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
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:

Las menores usuarias, Ariadna Solera y Maria del mar Galindez, Recibieron el encuentro Biologica el dia de hoy 30/07/2024.

madre sustituta manifiesta que la usuaria Maria Jose Salgado, ultimamente ha cambiado su comportamiento de manera Negativa, agresiva y de mal humor

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					
Formulas 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	N/A	X	X		X					
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	N/A	X	X		X					

Observaciones:

En la visita al hogar se observa que las carpetas se encuentran en buen estado, completas y organizadas

La menor Ariadna Solera no aplica para el sistema escolar

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 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					
Personal	X		X		X					
Escolar		N/A	X		X					
Aseo e higiene personal	X		X		X					

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

Madre sustituta manifiesta que a la niña Ariadna Sofia Soler no se le entrego la dotacion Basica. " Falta cama cuna, corral, colchoneta cobijas almohadas

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	Si		
Resolución de aprobación del Hogar	Si		
Copia documento de identificación	Si		
Constancia afiliación al SGSSS	Si		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	Si		28/05/2024
Constancia último grado de estudio	Si		
Constancias de Capacitaciones*	Si		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	Si		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	Si		
Carné de manipulación de alimentos	Si		17/06 - 2024
Certificación primeros auxilios	Si		08/07 - 2024
Carpeta de visitas al Hogar	Si		

*Marque sí 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:

La Madre Sustituta cuenta con carpeta completo con orden cronologico y todos los documentos vigentes y en completo orden

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.

CLASIFICADA

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
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:

En el momento de la Visita Se evidencia que la Vivienda Se encuentra en buenas condiciones Generales - 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)

Continuar con el proceso de adaptación con los ~~men~~ usuarios y sus vínculos Familiares

CLASIFICADA

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 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 Lucía Muñoz	
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	Paola Rivera
CC. 36114645 TP. 176653	CC. 1082779043
Celular: 3223801754	Celular: 3123098379
Correo electrónico:	Correo electrónico: Pakrig2002@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	30-Julio-2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Paula Alejandra Rivera Garcia.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		5	0002041448	24-08-2024

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			La bienestarina se encuentra bien almacenada y conservada.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES

Brindar a los usuarios recetas con este alimento Nutricional.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Paula Rivera	Sandra Mercedes Ramirez.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSION 1 PEPTC-GEN-FO-002 FECHA DE APROBACION 27/04/2022

FECHA:	30-Jul-2024
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:	Paula Alejandra Rivera Garcia.
CENTRO ZONAL:	Pitalito
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:	Sandra Mercedes Rodriguez C.

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?	4			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	4			
3. ¿Como califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	4			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	4			
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
1. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
2. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	X	
3. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
4. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
5. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Paula Rivera
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	.	X
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño		X

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

OBSERVACION GENERAL
La vivienda en el momento de la visita no cuenta con la ceda dental, tapabocas ni gel antibacterial.

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: María del Mar Galindez Brava

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Paula Rivera

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 3 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
	PERSONAL	
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	✓	
Cepillo dental	✓	
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
La usuaria no cuenta con gel antibacterial.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: María José Salgado vega

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Paola Rivera.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Mercedes Rodríguez

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Los usuarios cuenta con todos los elementos de aseo e higiene Personal.

FIRMA Paula Rivera - Madre sustituta. HUELLA DEL USUARIO:

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Paula Rivera

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sonoly Mercedes 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: Tavla Alejandra Rivera Garcia.

Dirección: Cra 2A # 27-21 B/ Arandelos

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tomillos 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 poblacion con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	N/A	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
34	Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	

OBSERVACIONES

Se evidencia escalera, pero no cuenta con aseo al hogar, y se encuentra con llave.

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. 49253656
Celular:	3125554537
Correo electrónico:	hogaresdeptolibertad@gmail.com

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: 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	3204227379.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra Rodriguez	36286406	3125354537

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
31-07-2024	Sandra Marcela Rodriguez	Fundación Social Yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Hoyos	Osorio	Yudy Paola
	Identificación:		

[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: Travesd 49 #12 Sur - 57	Tel. Fijo	Celular 3203243565
Barrio: Juan Pablo II	Correo electrónico: huguibarpa@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Brayan Stiven Ortiz Guzman	DD/MM/AA 07/04/2008	1117264916	2351008 14	DD/MM/AA 24/10/2023	Comisaria Familia Acuerdo
2	Fabian Guzman Quiza	DD/MM/AA 14/09/2001	1003803832	2356934 2	DD/MM/AA 01/02/2018	Javier Cumbe.
3	Pedro Jose Arevallo Bolaños	DD/MM/AA 06/07/2006	1077226739	2359182	DD/MM/AA 07/07/2007	Javier Cumbe.
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

Powered by CamScanner

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:

Pedro José no se encuentra en el sistema educativo ya que por la edad no puede ingresar en la escuela

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

Se encuentra en proceso de vinculación al sistema educativo privado debido a su discapacidad. la madre sustituta ya envio solicitud al Defensor de familia y a la fundación.

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	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.	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:

los usuarios no tienen enfermedades biológicas Fabian Guzman y Pedro Astudillo se encuentran en proceso de adoptabilidad, Fabian Guzman no presenta de actitudes criterios ni depresión manifiesta que es por su enfermedad.

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Estos dos(2) Adultos cuenta con formulas medicas, los otros no tienen. Se evidencia carpetas al dia, actualizadas.

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 7 de 11

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)

Pedro José Arbulla a la fecha no se encuentra vinculado al Sistema de educación.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		Julio - 2024
Certificación primeros auxilios	✓		Julio. 2023.
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí 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:

En el momento de la visita cuenta con carpeta completa con documentos actualizados Sugeridos al día.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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
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:

En el momento de la visita domiciliaria se puede observar que la casa se encuentra en 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 Versión 1	27/07/2021 Página 10 de 11

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

- Se le recomienda a la madre sustituta continuar en el acompañamiento a todas las visitas de la misma en los diferentes espacios, salud, educación, cuentas de cobro de ocupación tiempo libre y demás.

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
__4__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)

__4__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
Sandra Marcela Ramirez	Yudy Paola Hoyos.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 7168146 TP. 4972533650	CC. 36288140
Celular: 3125354533	Celular: 3203243565
Correo electrónico: trabajosocialpiloto@gmail.com	Correo electrónico: huequitosp@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

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
Sandra Marcela Ramirez	Yudy Paola Hoyos.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	Yudy Paola H.
CC. 1128146 TP. 4972338550	CC. 36288205
Celular: 3125354037	Celular: 3203243565
Correo electrónico: yocentrosocial pitalito@gmail.com	Correo electrónico: huegutoyo@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	31-Julio-2024	CENTRO ZONAL	Pitalito.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Yudys Paola Hoyos Osorio.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	Y		3	0070572040	15-10-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			Se evidencia que la bienestarina se encuentra en un lugar fresco en recipiente con tapa bolsas destapadas.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Continuar ofreciendo a los usuarios nuestro con este almuerzo nutricional.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Yudys Paola Hoyos Osorio.	Santa Mercedes 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: Yudys Paola Hoyos Osorio.

Dirección: Tiswosd 45 + 12Jm - 37 Juan Pablo II

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

Powered by CamScanner

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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	✓	
26	Paredes limpias.	✓	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	✓	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
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 casa donde esta ubicada la unidad hay 4 cuartos 2 al frente y 2 atras comunes.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Sandra Yesenia Rodriguez
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC.	36736406 **TP.** 4925576550
Celular:	3127554531
Correo electrónico:	trabajosocial.pilotoyotecuido.co

Powered by CamScanner

160

150

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FGPYC-0086- 01/08/2023 FECHA DE VIGENCIA 31/08/2023

FECHA:	31 - Julio - 2024
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:	Yudys Paola Hoyos Osorio.
CENTRO ZONAL:	Pitalito.
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:	Sandra Marcelos Rodriguez.

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

Yudys Paola Hoyos Osorio.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
	PERSONAL	
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	✓	
Cepillo dental	✓	
Ceda dental	✓	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	✓	
Toallas higiénicas	N/A	
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
El usuario cuenta con todos los elementos de aseo

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Brayan Stiven Ortiz Guzmán

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yudy Podohaya Cano

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Yecenia Rodríguez

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	N/A	✓
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
El usuario cuenta con todos los elementos de aseo.

FIRMA Pedro José Arbeláez **HUELLA** **DEL USUARIO:**

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yudy Poda Hoyos

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Jaider Perdomo Rodríguez

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 22		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	✓	
Cepillo dental	✓	
Ceda dental	✓	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	✓	
Toallas higiénicas	✓ a	✓
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
El usuario cuenta con todos los elementos de aseo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Tatiana Gutiérrez Ortiz

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yudy Paola Hoyos Osorio

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Sandra Perez Rodriguez

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

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 recibió ningún requerimiento efectuado por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato; sin embargo, una vez la fundación social yo te cuido llegue a ser requerida esta presentara la información solicitada y dará respuesta de manera inmediata a las requerimiento allegados..

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

Se expide en Neiva el día 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, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo, no recibió ningún requerimiento frente a la prestación del servicio en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata; sin embargo, una vez se alleguen los mismos se dará respuesta de manera oportuna.

Se expide en Neiva el día 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>**

Aprobación Hojas de Vida

1 mensaje

COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO 26 de julio de 2024, 2:28 p.m.
<coordinador1yotecuido@gmail.com>
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <irma.almario@icbf.gov.co>
CC: yuly.montealegre@icbf.gov.co

H.V 2024_MARCELA VALDERRAMA.pdf

HOJA DE VIDA FORMATO UNICO LAURA.pdf

HOJA DE VIDA PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ.…

HOJA DE VIDA- PSICOLOGA - ANA LUCIA MUÑOZ …

HOJA DE VIDA TRABAJADORA SOCIAL SANDRA R…

Doctora
Irma Constanza Almario
Supervisora

Cordial saludo,

Respetuosamente solicito verificación y aprobación de las hojas de vida adjuntas para el cargo:

Paola Andrea Marin - Coordinadora
Marcela Valderrama - Gestora de Caso
Laura Ximena Losada - Gestora de Caso
Ana Lucia Muñoz - Psicologa
Sandra Rodriguez - Trabajadora Social

Atentamente,

Fabian Andres Lamilla G.
Coordinador Hogar Sustiuto
Fundación Social Yo Te Cuido

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

JUNIO Bases_modalidad_hogares_sustitutos_2024 HUILA

COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com> 15 de julio de 2024, 9:34 p.m.

Para: Amanda Gomez Polo <Amanda.Gomez@icbf.gov.co>, Irma Constanza Almario Perdomo <irma.almario@icbf.gov.co>, maria.varela@icbf.gov.co

---------- Mensaje reenviado ---------
De: **COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <coordinador1yotecuido@gmail.com>
Fecha: El lun, 15 jul. 2024 a la(s) 9:30 p. m.
Asunto: Re: JUNIO Bases_modalidad_hogares_sustitutos_2024 HUILA
Para: <maria.varela@icbf.gov.co>

Catalina Varela
Profesional GAT

Por medio del presente te envío la base de datos solicitada.

INGRESO NUEVA MADRE: PAULA ALEJANDRA RIVERA
CIERRE: MARIA MAGDALENA QUINTERO (BONO PENSIONAL)

Atentamente,

Fabian Andres Lamilla Galvis
Coordinador Hogar Sustituto
Fundación Social Yo Te Cuido

El lun, 15 jul 2024 a la(s) 9:30 p.m., COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO (coordinador1yotecuido@gmail.com) escribió:

> Cordial Saludo,
>
> Catalina Varela
> Profesional GAT
>
> Por medio del presente te envío la base de datos solicitada.
>
> INGRESO NUEVA MADRE: PAULA ALEJANDRA RIVERA
> CIERRE: MARIA MAGDALENA QUINTERO (BONO PENSIONAL)
>
> Atentamente,
>
> Fabian Andres Lamilla Galvis
> Coordinador Hogar Sustituto
> Fundación Social Yo Te Cuido

JUNIO Bases_modalidad_hogares_sustitutos_2024 HUILA.xlsx
415K

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: *9:00 a.m*	Fecha: *30 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:	*Aplicar las técnicas de comunicación Asertivas a los padres biológicos y Familia extensa, e identifiquen los tipos de comunicación pasiva, agresiva y asertiva, y aprendan a expresar opiniones y necesidades de manera clara y respetuosa, fomentando relaciones interpersonales más efectivas y constructivas con los niños, niñas y adolescentes.*

Agenda:

1. *Saludo de bienvenida*
2. *Dinámica Rompe Hielo*
3. *Desarrollo del tema: Concepto, importancia y beneficios, diferencias entre la comunicación pasiva, agresiva y asertiva.*
4. *Dinámica del desarrollo*
5. *Retroalimentación y evaluación de la actividad*
6. *Despedida*

Desarrollo:

Momento 1. saludo:
El día 30 de Julio del 2024, la Gestora de caso de la Fundación **"Yo te Cuido"** desarrolla el taller sobre la "Comunicación Asertiva" para la resolución de conflictos, con 3 miembros de la red familiar biológica y extensa, dando inicio a las 9:00 a.m., brindando un saludo de bienvenida y agradeciendo la asistencia de manera puntual a la actividad programada con previa anticipación.

Momento 2. Socialización del Objetivo, Meta y Metodología:

Se da a conocer la metodología utilizada que tiene como objetivo *Aplicar las técnicas de comunicación Asertivas a los padres biológicos y Familia extensa, e identifiquen los tipos de comunicación pasiva, agresiva y asertiva, y aprendan a expresar opiniones y necesidades de manera clara y respetuosa, fomentando relaciones interpersonales más efectivas y constructivas con los niños, niñas y adolescentes*

Para entrar al contexto del tema se decide realizar una dinámica rompe hielo para eliminar ciertas barreras o paradigmas de "vergüenza" y lograr una comunicación más fluida entre el grupo de participantes, con la dinámica a través de una imagen ilustrativa sobre las estrategias de resolución de conflictos para lograr una eficaz Comunicación Asertiva.

Dando continuidad al taller se aborda, definiendo el concepto de comunicación, que es el proceso mediante el cual el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinados para transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos.

Luego con una lluvia de ideas, se define lo que se entiende por asertividad, se llega a la conclusión que es solo una habilidad personal, que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás.

Cuando se hace énfasis en la palabra COMUNICACIÓN ASERTIVA, se define como el estilo de comportamiento y comunicación donde la persona no reacciona de manera agresiva, sino que manifiesta en forma clara lo que piensa, siente o necesita, teniendo en cuenta sus derechos, sentimientos y valores, así como también los de sus interlocutores. Por lo tanto, consiste en una forma

Powered by CamScanner

de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos, sin la intención de herir o perjudicar.

Así se aumentan las posibilidades de que las relaciones interpersonales se lesionen menos y sea más sencillo abordar los conflictos tanto en el ámbito familiar como social.

Beneficios de la Comunicación Asertiva:

- Previene conflictos en la convivencia diaria ya que potencia la autoestima, la seguridad y confianza en nosotros mismos, procurándonos un buen funcionamiento en la relación con los demás.
- Previene la agresividad y el autoritarismo como único modo de resolución de los conflictos.
- Desarrolla el respeto y la capacidad personal para enfrentarse a los momentos difíciles con las personas.
- Ayuda a mejorar las relaciones familiares, incluso en las situaciones de enfrentamiento de posturas entre padres e hijos, gracias a que estimula un comportamiento controlado evitando las reacciones impulsivas.

TIPS para padres sobre cómo aplicar la ASERTIVIDAD

1.Describir conductas en lugar de etiquetar o hacer juicios de valor.

Para poder hacerlo bien es importante definir muy claramente cuál es la conducta, el hecho o el comportamiento que nos molesta y describirlo de la forma más clara y sencilla posible sin hacer uso de insultos y agresiones.

2. Describir cómo me siento ante dicha conducta.

Informar cómo nos hace sentir la conducta y no el sujeto. Es difícil que la otra persona se sienta atacada por hechos o descripciones que nos hacen sentir de una cierta manera ya que de este modo se le desculpabiliza.

3.Dejar claro cuál es el comportamiento que parecería adecuado.

Es importante saber priorizar qué es lo más importante para comunicárselo.

Fórmula de la Comunicación Asertiva.



Diferencias:

- **Pasiva**: Evita el conflicto y la autoafirmación, lo que puede llevar a resentimiento y falta de respeto propio.
- **Agresiva**: Impone opiniones y sentimientos de manera hostil, lo que puede causar daño a las relaciones y aumentar los conflictos.
- **Asertiva**: Expresa opiniones y sentimientos de forma honesta y respetuosa, manteniendo el respeto hacia uno mismo y hacia los demás.

Principios de la Comunicación Asertiva

Expresión clara: Utilizar un lenguaje directo y específico para comunicar tus pensamientos y necesidades

Powered by CamScanner

Lenguaje corporal: Mantener contacto visual, una postura abierta y un tono de voz calmado para apoyar tu mensaje.

Escucha activa: Prestar atención plena a la otra persona, demostrar empatía y confirmar la comprensión de sus mensajes.

Técnicas y Estrategias utilizadas:

- **Expresión de desacuerdos**: Utilizar frases como "No estoy de acuerdo con..." o "Prefiero..." para expresar tu punto de vista sin atacar a la otra persona.
- **Manejo de críticas**: Aceptar críticas constructivas sin tomarlo como un ataque personal y responder de manera calmada y razonada.
- **Mensajes en primera persona**: En lugar de hacer acusaciones ("Tú siempre..."), usar declaraciones personales ("Yo siento que...") para comunicar tus sentimientos sin culpar.

Momento 3. Descripción Detallada de las Actividades:

Metodología Utilizada

- **Presentación**: Se utilizó material visual como un banner para introducir conceptos clave.
- **Discusión**: Se Facilitó una discusión grupal para explorar experiencias y aplicar los principios de la comunicación asertiva.
- **Ejercicios prácticos**: Se implementó una dinámica de rol para practicar habilidades en un entorno seguro.
- **Reflexión personal**: Se invitó a los participantes a reflexionar sobre su propio estilo de comunicación y cómo mejorar.

Evidencia de los métodos utilizados



Powered by CamScanner





Es importante resaltar que, debido a la poca asistencia por parte de la familia biológica y extensa de los NNA, fue necesario abordar la temática de manera individual, dando cumplimiento al objetivo de la actividad.

Decisiones:

Se dio por finalizada la actividad a las 11:00 am, se realizaron conclusiones del tema abordado y se despejaron dudas, se resalta como compromiso de los participantes, poner en práctica lo socializado durante el taller psicoeducativo, para generar un aprendizaje continuo.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Compromiso 1: Poner en práctica lo aprendido durante el taller	*Familia biológica y/o extensa*	*Durante la permanencia de la atención*
Compromiso 2: Continuar con el proceso de acompañamiento pedagógico	*Gestor de caso*	*Durante la ejecución del contrato*
Compromiso 3: Compartir el material utilizado en el desarrollo del taller	*Gestor de caso*	*Fecha máx. compromiso 01/08/2024*

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Derly Liliana Hoyos Muñoz	Gestor de caso	FS Yo te Cuido	
Próxima reunión (en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)	Fecha: NA	Hora: NA	Lugar: NA
Colaborador que elabora el acta:	Derly Liliana Hoyos Muñoz-Gestor de caso		

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACION

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

ACTIVIDAD: Escucha Activa para resolver problemas.

FECHA: 30 de Julio / 2024.

HORA INICIAL: 10:00 AM.

HORA FINAL: 11:00 AM.

LUGAR: F. Social 40 te Cuido.

DEPENDENCIA LIDER: Dorly Liliana Hoyos - Gestor de Caso.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACION		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Yaqueline Hoyos Valbuena	1083859575	Recicladora	40 te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3213518772	yaqueline.hoyos@gmail.com	Yaqueline	
2	Briyit Lizeth Galindez	1085938220	Empresaria	40 te cuida.	Huila	Pitalito	—	—	3212559587	—	Briyith	
3	Juli Marcela Cajibioy	1033411863	Oficios varios	40 te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3112428689	juliamarcela@gmail.com	Marcela Juli	
4	Magnieth Perez	30066360	Ama de casa.	40 te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3162233492	—	Magnieth P.	
5	Armando Ramirez Pipicano	96293497	Agricultor.	40 te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3204749344	—	Armando.	
6	Elkin José Ortiz	1124068[illegible]	Oficios varios.	40 te cuido	Huila	Pitalito	—	—	3145894520	—	Elkin	
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

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

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

FECHA: 30/07/2024. HORA: 10:00 AM - 11:00 AM.

LUGAR: F. Social Yo te cuido. TEMA: Escucha activa para resolver

DATOS DEL CAPACITADOR: Dady Liliana Urrego - Gestor de caso.

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

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. La importancia de esta temática es considerada por usted como:	X			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.		X		
3. La calidad del contenido fue de calidad durante todo la pedagogia.		X		
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.	X			
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	X			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion		X		
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:		X		
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.	No.			

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0014- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION 01/08/2022

FECHA: 30/07/2024 HORA: 10:00 AM - 11:00 AM.

LUGAR: C. Social 40 Te cuido. TEMA: Escuela-cultura para-padres 0

DATOS DEL CAPACITADOR: Dedy Lilicrec Perez - Gestor de cax.

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

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

Powered by CamScanner

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

Reporte Mensual situaciones de daño Antijuridico

1 mensaje

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com> 5 de agosto de 2024, 13:10
Para: Irma.almario@icbf.gov.co, claudia.vidal@icbf.gov.co, Leidy.Sanchez@icbf.gov.co
Cc: Yuly.Montealegre@icbf.gov.co, coordinadorzona2hs@fundacionyotecuido.com

Cordial saludo Estimadas supervisoras

De manera comedida me permito enviar adjunto certificación de daño antijurídico para el mes de JULIO del año 2024, en la cual se reporta que en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata no se presentó ninguna situación relacionada con daño antijurídico.

Agradezco el apoyo y valiosa colaboración y quedo al tanto de cualquier orientación.

Cordialmente,

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

Certificacion reporte daño antijuridico - Julio.pdf
338K

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Documentos Tipo

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

Decreto 248 de 2021

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

Sentencia T-302 de 2017

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

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega Como acordado previamente

El contrato puede ser prorrogado ○ Sí ○ No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías? ◉ Sí ○ No

Garantías por lotes, grupos o etapas ○ Sí ◉ No

Seriedad de la oferta ○ Sí ○ No

Cumplimiento ◉ Sí ○ No

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

Responsabilidad civil extra contractual ◉ Sí ○ No

◉ No. de SMMLV 300

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

Fecha límite para entrega de garantías:

Garantías del proveedor:

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

Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ○ Sí ◉ No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura A definir

Comentarios

Comentarios

Anexos del contrato

Descripción

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Calle 21 # 1E-40

Ubicación CO-HUI-41001 - Neiva

País COLOMBIA

Departamento Huila

Municipio Neiva

Dirección Calle 21 # 1E-40

Código postal

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

Municipio de ejecución del contrato

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

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

REVISION Y APROBACION HOJAS DE VIDA

1 mensaje

COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>
Para: irma.almario@icbf.gov.co, yuly.montealegre@icbf.gov.co
CC: coordinador2yotecuido@gmail.com, fundacionsocialyotecuido@gmail.com

Doctora
Irma Constanza Almario
Supervisora

Cordial saludo,

Respetuosamente solicito verificacion y aprobacion de las hojas de vida adjuntas para los cargos de acuerdo al archivo y hojas de vida adjuntas:

ITEN	NOMBRE	DOCUMENTO	PROFESIÓN	PERFIL	TIEI
1	LEIDY JOHANNA MANRIQUE GUZMAN	36.308.077	PSICÓLOGA	COORDINADOR	
2	NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	1.081.397.052	PSICÓLOGA	PSICOLOGA	
3	MIRLENNY CARVAJAL MURCIA	36.295.796	PSICÓLOGA	PSICOLOGA	
4	ANDREY GUZMAN FRANCO	1.094.899.924	AUXILIAR ADMIN	TECNICO	

quedo atento ante cualquier inquietud,

FABIAN LAMILLA

HV ANDRESY GUZAN_ 202407041836.pdf

HV NORY GONZALEZ_202407041842.pdf

3 archivos adjuntos

REGISTRO NUEVO TALENTO HUMANO.xlsx
39K

HV MIRLENNY_202407041832.pdf
4953K

HV LEIDY MANRIQUE_ 202407021447.pdf
13226K

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, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, no presentó ningún hecho o circunstancia que pueda constituir actos de corrupción como conductas punibles o que puedan

poner o pongan es riesgo el cumplimiento del contrato.

Se expide en Neiva el día 06 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 7	
Hora: 02:00 p.m	**Fecha: 26 de julio de 2024**
Lugar:	Fundación Social yo te cuido
Dependencia que Convoca:	Equipo psicosocial- Gestora de caso
Proceso:	MISIONAL- PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
Objetivo:	Proporcionar a los padres y cuidadores herramientas y estrategias prácticas para mejorar sus habilidades parentales. Esto incluye fomentar una comunicación efectiva, manejar el comportamiento de los hijos, y promover el desarrollo emocional y social positivo en los niños.

Agenda:

- Saludo
- Presentación
- Desarrollo **roles de Familia .**
- Socialización y aclaración de dudas
- Despedida

Desarrollo:

Se da inicio a la jornada de fortalecimiento, con padres biológicos dando caluroso saludo de bienvenida por parte de la gestora de caso, encargada de la actividad.

Se brinda orientación a las familias biológicas y redes extensas son el concepto de roles.
*"Las **familias** tienden a desarrollar especificaciones sobre quién hace qué en el grupo. Los **roles instrumentales contribuyen a la distribución de funciones, tareas y rutinas de la vida familiar**, por ejemplo, el padre-esposo tradicionalmente se identifica con un rol proveedor y protector de los hijos. En cambio, se considera deseable que la madre-esposa mantenga primordialmente un rol afectivo, aun cuando desarrolle un papel similar al hombre en otras áreas. En este contexto, es claro que **todos los miembros de la familia asumen una variedad de roles diferentes, algunos son funcionales** (ejemplo: proveedor, el guardián, el vocero, el que limpia) **y otras son emocionales** (el bromista, el consejero, el doctor, el miembro problema)."*

TIPOS DE ROLES DESEMPEÑADOS EN LAS FAMILIAS

Powered by CamScanner



- **Tradicionales:** Madre, padre, hermanos, abuelos, sobrinos, primos
- **Idiosincrásicos:** Hijo parental, chivo expiatorio, reconciliador, responsable, héroe, mártir
- **Instrumentales:** Proveedor, protector, orientador, educador, administrador, etc
- **Emocionales o Afectivos**
- **Modelos o patrones de conducta**

Concepto de las relaciones parentales

Desde que nacemos adquirimos un apego maternal natural y construimos vínculos seguros que influirán en nuestro potencial humano a lo largo de nuestra vida. Un desarrollo infantil correcto y unos entornos socioafectivos seguros pueden asegurar una vida adulta saludable.

Importancia

Los padres y las madres difieren en el grado en el cual responden a las señales de los(as) niños(as) y controlan sus comportamientos. El cuidado de alta calidad, se caracteriza por un enfoque receptivo, cognitivamente estimulante y moderadamente controlado, lo cual es crucial para el desarrollo y la seguridad infantil. De hecho, muchas de las habilidades que los(as) niños(as) adquieren durante los primeros años dependen fundamentalmente de la calidad de sus interacciones parentales. Por ejemplo, los padres y las madres desempeñan un papel importante en fomentar el aprendizaje infantil temprano (por ejemplo, el lenguaje y las habilidades de resolución de problemas) y en la configuración de sus habilidades socio-emocionales (por ejemplo, regulación emocional, reactividad al estrés y autoestima)

Además, influyen en el desarrollo, el mantenimiento o el cese de los comportamientos positivos y/o negativos de sus hijos(as). La calidad de la crianza durante los primeros años afecta a tres determinantes clave del éxito posterior en la escuela: su potencial cognitivo, su habilidad social y su funcionamiento conductual. Cabe señalar, que teniendo en cuenta el hecho de que las habilidades parentales pueden ser adquiridas y transmitidas de una generación a otra.

Powered by CamScanner

Educación

La capacidad de reconocer lo que enseñamos a nuestros hijos es una habilidad de crianza de la que todos podemos beneficiarnos. Desde el momento en que nuestros hijos nacen, están aprendiendo de nosotros.

Disciplina

Probablemente la habilidad más importante y controvertida de los padres es la disciplina. Nosotros, los padres, estamos en conflicto sobre qué tipo de disciplina aplicar y a qué hora. La disciplina apropiada para un niño de dos años podría no ser apropiada o efectiva para un niño de 10 años o un adolescente. La pieza más importante del rompecabezas de la disciplina es determinar quién está a cargo: los padres o el niño. Esto puede parecer simple, pero en estos tiempos, la respuesta no siempre es clara.

Además, se requieren competencias que permitan generar capacidades para:

- Toma de buenas decisiones
- Crear vínculos saludables
- Fortalecer el desarrollo afectivo, social y cognitivo
- Cuidar y motivar
- Establecer limites

Capacidades parentales básicas

Según Jorge Barudy, autor de "La inteligencia maternal", este tipo de capacidades destacan por ser hereditarias y biológicas. Esto permite que se pueden trabajar con el fin de desarrollarlas y mejorarlas. En este punto podemos definir 3 capacidades parentales básicas sobre las que poner hincapié:

- **Inteligencia emocional.** Permite a los padres reconocer sys emociones, manejaras y utilizarlas.
- **Capacidad de "apego".** Es la capacidad que tienen los padres para establecer un vínculo afectivo con sus hijos.
- **Empatía.** Es la capacidad de comprender el lenguaje emocional que utiliza el niño(a) para expresar sus necesidades y responder correctamente a él.

Momento 3. Descripción Detallada de las Actividades:

Metodología y Estrategias utilizadas:

- Presentación teórica: Se utilizó como material visual un banner para introducir conceptos clave.
- Reflexión individual: Proporcionar tiempo para la autoevaluación y planificación personal.

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

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



Decisiones:

Las familias biológicas agradecen el espacio, indican que en lo posible continuaran participando de las jornadas de fortalecimiento que ofrece el operador.

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

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
LAURA XIMENA LOSADA	GESTORA DE CASO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	

Powered by CamScanner

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	POR CONFIRMAR		
Colaborador que elabora el acta:	Gestora de caso- Laura Ximena Losada Alvira		

COPIA PÚBLICA

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

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

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Diana Yizeth Guagas	madres	Yo te cuido	Diana Yizeth
Nayorly Katherine R.	madRES	Yo Te cuido	Nayorly R.
Maria Ercilia Valleros	madre	YoTe cOido	Maria
SONIA Gs CHACUE	PADRE	YOTE CUIDO	SANTIAGO
Dnna Carolina Barona	madre.	Yo te cuido	DCB.
DCalson Andres otela A.	Padre	Yo te cuido	Nelson Andres otela.
NANCY VAQUERO	Allegada	Yotecuido	NANCY VAQUE
Yolima orjuela S	mamá	Yote cuido	Yolima or
Pablo Ortiz Piso	Papa	Yo teCuido	
Saneth Yo Yo Arroyo	madrast	Yo tecado	
Albenis Alvira caldon.	mamá	yo tecuido	Albenis Alvira
ynoan Forney Borja	papá	yo te cuido	ynoan Forney Borja
Yon Saver conoc	Papá	Yo te cuido	Yon Saver

	Fecha	Hora	Lugar
Próxima reunión			
Colaborador que elabora el acta:			

PÚBLICA

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 recibió solicito ninguna dadiva que favorezca la prestación del servicio de la modalidad de acogimiento familiar–Hogar Sustituto en los centros zonales de Garzon, Pitalito y la Plata.

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

Se expide en Neiva el día 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, se ha asumido prácticas de buen trato para con el talento humano, las madres sustitutas, familias biológicas y usuarios que hacen parte de la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata.

Se expide en Neiva el día 06 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

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

Entidad Estatal

ICBF REGIONAL HUILA

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

FUNDACIÓN YO TE CUIDO

COLOMBIA, Neiva

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

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

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

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

Aprobador – Entidad Estatal

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

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_6151147_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_6151147_En ejecución

Información del objeto

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-44-101053750	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO		NIT: 901.496.702-9
DIRECCIÓN:	CL 11 NRO. 3 -80	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO: 3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA		NIT: 899.999.239-3
DIRECCIÓN:	AV CIRCUNVALAR CALLE 21	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO 8604700
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0138, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

CUMPLIMIENT DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 4160310/2024 REFERENTE A: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRARAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACION Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/04/2024	11/06/2025	$408,219,211.60
CALIDAD DEL SERVICIO	01/04/2024	11/06/2025	$408,219,211.60
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	01/04/2024	11/12/2027	$408,219,211.60

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***6,209,964.00	$ ******20,000.00	$ ***1,183,693.00	$ ********7,413,658.00	$ ****1,224,657,634.80	CONTADO

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

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

01-44-101053750

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Diede - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-44-101053750	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO		NIT: 901.496.702-9	
DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 3 - 80	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO:	3206193407

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movil Red Bancolombia éxito GANA CA ASADERO

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***6,209,964.00	$ ******20,000.00	$ ***1,183,693.00	$ *********7,413,658.00	$ *****1,224,657,034.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEGURADO
AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA	174322	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO CUANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709990021167(8020)110150032316243900)000007413658(96)20250401

REFERENCIA PAGO: 1101500323162-4

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	01	01-40-101019547	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	NIT: 901.496.702-9
DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 3 - 80	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO: 3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-2-06-00000-S-RCE-002A-0001 / 31-03-22 -1329-2-06-00000-S-RCE-001P-0001, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 410021022024 REFERENTE A: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

TOMADOR/ASEGURADO: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA
ASEGURADO/BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	01/04/2024	11/12/2024	$390,000,000.00

ACLARACIONES

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

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

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

01-40-101019547
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ovalle - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-40-101019547	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	01	04	2024	00:00	11	12	2024	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	NIT: 901.496.702-9
DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 3 - 80	CIUDAD: NEIVA, HUILA	TELÉFONO: 3206153497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Mercal Bancolombia éxito OXXO coopidrom

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****578,493.00	$ ******20,000.00	$ *****132,713.00	$ **********931,206.00	$ *******390,000,000.00	CONTADO

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

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709350211678020)11015003231631(3900)000085312061612025840l

REFERENCIA PAGO: 11015003231631

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101053750, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en NEIVA a los 27 días del mes de MARZO de 2024

61-44-101053750

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Finanzas

Powered by CamScanner

J&J SEGUROS

CALLE 19 # 5A - 51 LOCAL 104 Tel: 8715734 Cel:3138081503-3156002791

comercial@jyjseguros.com - jyjseguros@hotmail.com -www.jyjseguros.com

SOAT - CUMPLIMIENTO - AUTOS - RC - VIDA - INCENDIO - HOGAR

RECIBO DE CAJA No.20000021563828			AGENCIA JYJ SEGUROS LTDA
DIA	MES	AÑO	Nit.900.763.125-0
27	3	2024	
		Nombre:	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
		No. identificacion:	901.496.702-9

SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO	PRIMA	GASTOS	IVA	VALOR
PAGO POLIZA DE CUMPLIMIENTO No. 101053750	$ 6.209.965	$ 20.000	$ 1.183.693	$ 7.413.658
PAGO POLIZA DE RCE CONTRATO No. 101053750	$ 678.493	$ 20.000	$ 132.713	$ 831.206
	TOTAL			$ 8.244.864

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 6	
Hora: 8:00 a.m	**Fecha: 26 de julio de 2024**
Lugar:	**Fundación Social yo te cuido**
Dependencia que Convoca:	**Equipo psicosocial- Gestora de caso**
Proceso:	**MISIONAL- PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**
Objetivo:	**Potenciar la escucha activa como estrategia para mejorar la comunicación asertiva, estableciendo vínculos de afecto, aprecio, confianza y la resolución pacífica de conflictos.**

Agenda:

- Saludo y bienvenida a las familias biológicas
- Socialización del tema a tratar Escucha activa "para resolver problemas" y el objetivo de la capacitación.
- Desarrollo de la temática, por medio de una presentación Power point.
- Conclusión de la reunión
- Participación por parte de las familias en cuanto dudas y demás temas que deseen aportar
- Compromisos por parte de las familias biológicas con la reflexión del tema expuesto.

Desarrollo: La gestora de caso inicia con un rompe hielo, en donde se les pide a los participantes a estar atentos y dispuestos para el juego **Simón dice**: Este juego clásico permite a los participantes a practicar la escucha activa al prestar plena atención a las direcciones que se les dan y usar la información ("Simón dice, tócate la cabeza") para tomar una decisión. Luego de ello la gestora de caso indaga sobre el concepto que tiene de escucha activa o escucha reflexiva, en donde el niño Krisdael responde de forma positiva según su conocimiento "escuchar atentamente con mucho interés" Luego varias madres responden de forma participativa dando un concepto asertivo.

Mediante la anterior actividad se inicia la formación de la escucha activa como estrategia para mejorar la comunicación entre sus pares, estableciendo vínculos de amor, confianza y resolución pacífica de conflictos. La gestora de caso presenta el concepto y las características de la escucha activa o escucha reflexiva, indicando consejos para lograr una comunicación recíproca, empática y respetuosa con sus niñas, niños y adolescentes.

Powered by CamScanner

La gestora de caso indaga a las familias biológicas si creen importante tener una escucha activa con cada uno de sus niñas, niños y adolescentes, lo cual las familias participan de manera activa y eficaz.

Dando continuidad al taller se les comparte a las familias la definición que es comunicación asertiva , proceso mediante el cual el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinados para transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos.

Luego entre lluvias de concepto definimos lo que se entiende por asertividad, Hay quien considera que asertividad y habilidades sociales son términos sinónimos. Sin embargo, vamos a considerar que la asertividad es solo una parte de las habilidades sociales, aquella que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. La asertividad es susceptible de aprenderse, entrenarse y mejorarse. Esto se consigue mediante las Técnicas denominadas Entrenamiento Asertivo (o también Entrenamiento en Habilidades sociales, aunque esto engloba un mayor número de competencias.

Cuando englobamos la palabra **COMUNICACIÓN ASERTIVA** Aquel estilo de comportamiento y comunicación en el cual la persona no agrede, sino que manifiesta en forma clara lo que piensa, siente o necesita, teniendo en cuenta sus derechos, sentimientos y valores así como también los de sus interlocutores. Por lo tanto, consiste en una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros derechos sin la intención de herir o perjudicar.

Así se aumentan las posibilidades de que las relaciones interpersonales se lesionen menos y sea más sencillo abordar los conflictos.

Beneficios de la Comunicación Asertiva:

- Previene conflictos en la convivencia diaria ya que potencia la autoestima, la seguridad y confianza en nosotros mismos, procurándonos un buen funcionamiento en la relación con los demás.
- Previene la agresividad y el autoritarismo como único modo de resolución de los conflictos.
- Desarrolla el respeto y la capacidad personal para enfrentarse a los momentos difíciles con las personas.
- Ayuda a mejorar las relaciones familiares, incluso en las situaciones de enfrentamiento de posturas entre padres e hijos, gracias a que estimula un comportamiento controlado evitando las reacciones impulsivas.

TIPS para padres sobre cómo aplicar la ASERTIVIDAD

1._Describir conductas en lugar de etiquetar o hacer juicios de valor.

Powered by CamScanner

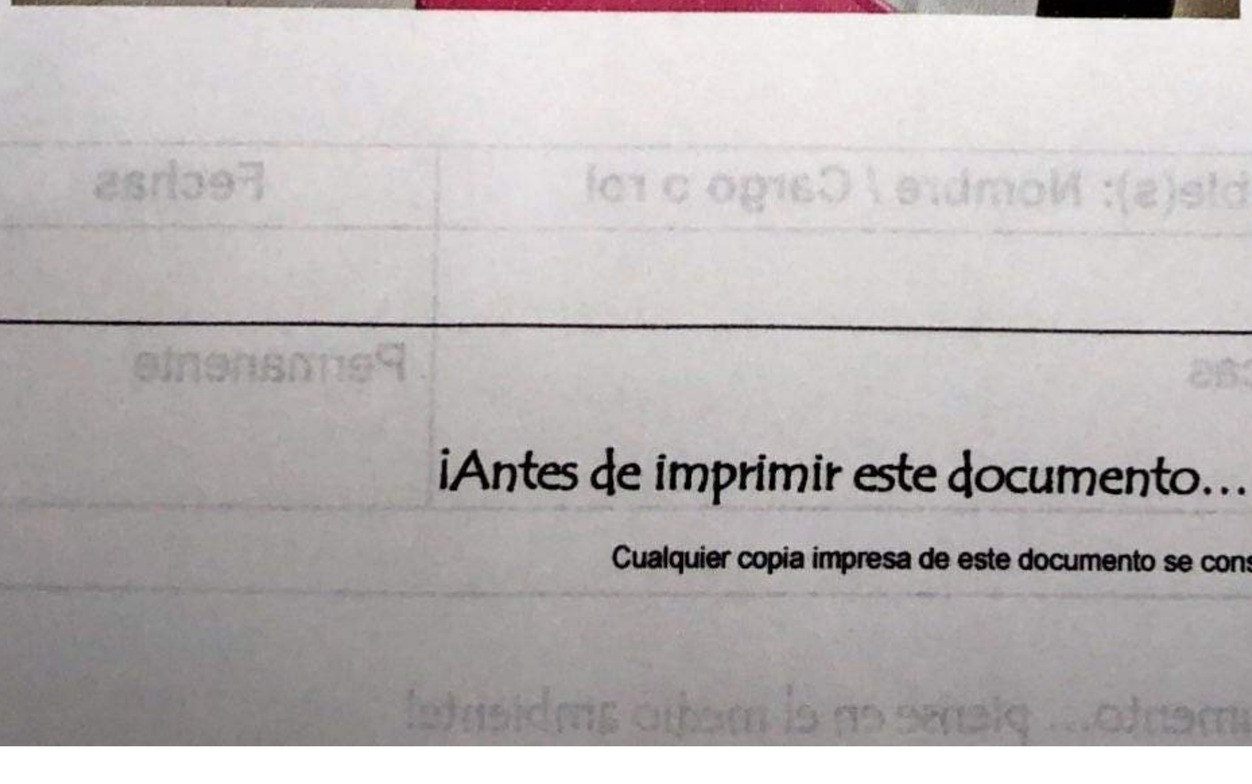
Para poder hacerlo bien es importante definir muy claramente cuál es la conducta, el hecho o el comportamiento que nos molesta y describirlo de la forma más clara y sencilla posible sin hacer uso de insultos y agresiones.

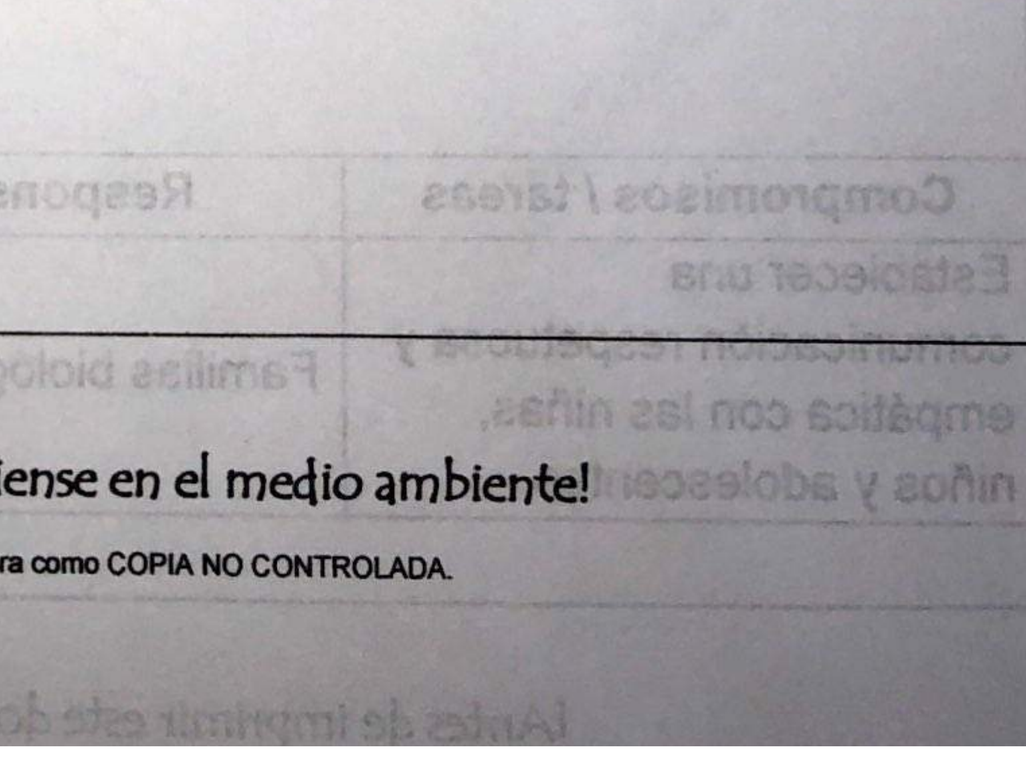
2. _Describir cómo me siento ante dicha conducta.
Informar cómo nos hace sentir la conducta y no el sujeto. Es difícil que la otra persona se sienta atacada por hechos o descripciones que nos hacen sentir de una cierta manera ya que de este modo se le desculpabiliza.

3._Dejar claro cuál es el comportamiento que parecería adecuado.
Es importante saber priorizar qué es lo más importante para comunicárselo.

Fórmula de la Comunicación Asertiva.







¡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





Decisiones: En conclusión, las familias se comprometen a practicar la escucha activa creando un entendimiento recíproco, empático y respetuoso.

- Se comprometen a mejorar la comunicación con las niñas, niños y adolescentes, creando un vínculo de confianza y amor.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Establecer una comunicación respetuosa y empática con las niñas, niños y adolescentes.	Familias biológicas	Permanente

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
Colaborador que elabora el acta:	Gestora de caso- Laura Ximena Losada Alvira		

PÚBLICA

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

F0.P1.MI	12/06/2024
Versión 9	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

ACTIVIDAD: Escucha Activa para resolver problemas

FECHA 26 de Julio 2024

HORA INICIAL: _____ HORA FINAL: _____

LUGAR Yo te cuido - la Plata

DEPENDENCIA LIDER: Gestora de caso Laura Ximena.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Diana Cardona Barona	1119882499	mamá	yotecuido	Huila.	la plata			3249109550		8:30.	
2	Adriana Quinbay	36343367	mama	Yotecuido	Huila	plata			3214050927		8:30	
3	Mayorly pinchao	7193235 722	mamá	Yo Te cuido	huila	la plata			3212735361		8:30	
4	edgar davi vargas	1080265645	papa	Yo Te cuido	huila	la plata			3212735361		8:30	
5	Edinson Emir Vargas	1094982497	hermano	yo cuido	Huila	la plata			3158217333		8:30	
6	Maria ercilia Lol	1061221360	mamá	Yotecuido	Huila	La Plata			3133700830		9:00	
7	santiago chacue	1061224	Papa	yo te cuido	Huila	La Plata			3232876		9:00	
8	NANCY VARGAS	55.212472	allegada	Yo te cuido	Huila	la plata			3164160996		Nancy Vargas	
9	Nelson Andres de la	1081473334	Padre	Yo te cuido	Huila	la Plata			3132053559		Nelson Andres de la	
10	Diana Vizeth Cuaga	1083911564	madre	yo te cuido	Huila	La Plata			3143032469		10.	
11	Jose Bardo	1040363	Padrasto	Yo te cuido	Huila	la Plata			3755604		10.	
12	Jose Ricardo Valverde	1079388169	hermano	Yo te cuido	Huila	La Plata			3232477		Jose Ricardo	
13	Liliana Galvis	26543270	Mamá	yo te cuido	Huila	La Plata			3203796598		Liliana Galvis	
14	Yolima Ordonez.	1075229446	Mamá	yo te cuido	Huila	La Plata			3125891317		Yolima	
15	Misladis	496 1002855	Mama	yo te cuido	Huila	La Plata			18 2 3209322		Misladis	
16	Jhon Javer Cunacue	12279425	Papa	yo te cuido	Huila	La Plata			3213716557		Yon Javier	
17	Janneth Reyes Ordoñez	55181	madrasta	Yo te cuido	Huila	la plata			3105986922			
18	Pablo Alt, 7 Piso	12282005	Papa	yo te cuido	Huila	la plata			3214596701		Albenis Al	
19	Albenis Alvira C.	96529816	mamá	yo te cuido	Huila	la Plata			3029633347		Albenis	
20	Yhocana Borja	75[illegible]767	Papá	Yo te cuido	Huila	la plata			3187377773			

¡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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°		
Hora: *10:00 a.m*	Fecha: *30 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:	*El objetivo del taller es proporcionar a los padres y cuidadores herramientas y estrategias prácticas para mejorar sus habilidades y roles parentales. Esto incluye fomentar una comunicación efectiva, manejar el comportamiento de los hijos, y promover el desarrollo emocional y social positivo en los niños.*	

Agenda:

1. *Saludo de bienvenida*
2. *Dinámica Rompe Hielo*
3. *Desarrollo del tema*
5. *Retroalimentación y evaluación de la actividad*
6. *Despedida*

Desarrollo:

Momento 1. saludo:
El día 30 de Julio del 2024, la Gestora de caso de la Fundación **"Yo te Cuido"** desarrolla el taller sobre la "Habilidades Parentales" para la resolución de conflictos, con 3 miembros de la red familiar biológica y extensa, dando inicio a las 2:00 p.m., brindando un saludo de bienvenida y agradeciendo la asistencia de manera puntual a la actividad programada con previa anticipación.

Momento 2. Socialización del Objetivo, Meta y Metodología:

Se da a conocer la metodología utilizada que tiene como objetivo *nos referimos a las capacidades prácticas que poseen las madres, padres o personas adultas significativas de un niño, niña, y/o adolescente para cuidar, proteger y educar a sus hijos, asegurándoles un ambiente sano y un desarrollo integral*

Posteriormente se realiza una dinámica rompe hielo: "Mi Superpoder Parental" para que los participantes que fomenten la auto reflexión y la comunicación de sentimientos y emociones de manera divertida.

Concepto de las relaciones parentales

Desde que nacemos adquirimos un apego maternal natural y construimos vínculos seguros que influirán en nuestro potencial humano a lo largo de nuestra vida. Un desarrollo infantil correcto y unos entornos socioafectivos seguros pueden asegurar una vida adulta saludable.

Importancia

Los padres y las madres difieren en el grado en el cual responden a las señales de los(as) niños(as) y controlan sus comportamientos. El cuidado de alta calidad, se caracteriza por un enfoque receptivo, cognitivamente estimulante y moderadamente controlado, lo cual es crucial para el desarrollo y la seguridad infantil. De hecho, muchas de las habilidades que los(as) niños(as) adquieren durante los primeros años dependen fundamentalmente de la calidad de sus interacciones parentales. Por ejemplo, los padres y las madres desempeñan un papel importante en fomentar el aprendizaje infantil temprano (por ejemplo,

Powered by CamScanner

el lenguaje y las habilidades de resolución de problemas) y en la configuración de sus habilidades socio-emocionales (por ejemplo, regulación emocional, reactividad al estrés y autoestima)

Además, influyen en el desarrollo, el mantenimiento o el cese de los comportamientos positivos y/o negativos de sus hijos(as). La calidad de la crianza durante los primeros años afecta a tres determinantes clave del éxito posterior en la escuela: su potencial cognitivo, su habilidad social y su funcionamiento conductual. Cabe señalar, que teniendo en cuenta el hecho de que las habilidades parentales pueden ser adquiridas y transmitidas de una generación a otra

Educación

La capacidad de reconocer lo que enseñamos a nuestros hijos es una habilidad de crianza de la que todos podemos beneficiarnos. Desde el momento en que nuestros hijos nacen, están aprendiendo de nosotros.

Disciplina

Probablemente la habilidad más importante y controvertida de los padres es la disciplina. Nosotros, los padres, estamos en conflicto sobre qué tipo de disciplina aplicar y a qué hora. La disciplina apropiada para un niño de dos años podría no ser apropiada o efectiva para un niño de 10 años o un adolescente. La pieza más importante del rompecabezas de la disciplina es determinar quién está a cargo: los padres o el niño. Esto puede parecer simple, pero en estos tiempos, la respuesta no siempre es clara.

Además, se requieren competencias que permitan generar capacidades para:

- Toma de buenas decisiones
- Crear vínculos saludables
- Fortalecer el desarrollo afectivo, social y cognitivo
- Cuidar y motivar
- Estabelecer límites

Capacidades parentales básicas

Según Jorge Barudy, autor de "La inteligencia maternal", este tipo de capacidades destacan por ser hereditarias y biológicas. Esto permite que se pueden trabajar con el fin de desarrollarlas y mejorarlas. En este punto podemos definir 3 capacidades parentales básicas sobre las que poner hincapié:

- **Inteligencia emocional.** Permite a los padres reconocer sys emociones, manejaras y utilizarlas.
- **Capacidad de "apego".** Es la capacidad que tienen los padres para establecer un vínculo afectivo con sus hijos.
- **Empatía.** Es la capacidad de comprender el lenguaje emocional que utiliza el niño(a) para expresar sus necesidades y responder correctamente a él.

Momento 3. Descripción Detallada de las Actividades:

Metodología y Estrategias utilizadas:

- Presentación teórica: Se utilizó como material visual un banner para introducir conceptos clave.
- Reflexión individual: Proporcionar tiempo para la autoevaluación y planificación personal.

Powered by CamScanner

Conclusiones:

Se realiza un breve recuento de la temática desarrollada durante el taller, Haciendo énfasis en:

Importancia de la Comunicación: La comunicación efectiva es esencial para una crianza positiva, ya que fomente la comprensión y el respeto mutuo.

Disciplina Positiva: Implementar estrategias de disciplina positiva ayuda a manejar el comportamiento de los niños de manera constructiva y promueve un ambiente de aprendizaje.

Apoyo Emocional: Crear un entorno emocionalmente seguro es crucial para el desarrollo saludable de los niños, y los padres juegan un papel clave en esto.

Aplicación Práctica: Los participantes deben aplicar las estrategias aprendidas en su vida cotidiana y adaptar el enfoque a las necesidades individuales de sus hijos.

Evidencia de los métodos utilizados









Es importante resaltar que, debido a la poca asistencia por parte de la familia biológica y extensa de los NNA, fue necesario abordar la temática de manera individual, dando cumplimiento al objetivo de la actividad.

Powered by CamScanner

Decisiones:

Se dio por finalizada la actividad a las 4:00 pm, se realizaron conclusiones del tema abordado y se despejaron dudas, se resalta como compromiso de los participantes, poner en práctica lo socializado durante el taller psicoeducativo, para generar un aprendizaje continuo.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Compromiso 1: Poner en práctica lo aprendido durante el taller	*Familia biológica y/o extensa*	*Durante la permanencia de la atención*
Compromiso 2: Continuar con el proceso de acompañamiento pedagógico	*Gestora de caso*	*Durante la ejecución del contrato*
Compromiso 3: Compartir el material utilizado en el desarrollo del taller	*Gestora de caso*	*Fecha máx. compromiso 01/08/2024*

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Derly Liliana Hoyos Muñoz	Gestor de Caso	FS Yo te Cuido	
Próxima reunión *(en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)*	Fecha:	Hora:	Lugar:
Colaborador que elabora el acta:	Derly Liliana Hoyos Muñoz-Gestor de caso		

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

ACTIVIDAD: Ruta Paternos — FECHA: 30 de Julio / 2024

HORA INICIAL: 9:00 AM — HORA FINAL: 10:00 am — LUGAR: Fundacion S. Yo te cuido / Pto.

DEPENDENCIA LIDER: Dady Liliana Ayala - Equipo de casa.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN: PLANTA	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA: AM	FIRMA: PM
1	Juli Marcela Cajibioy Guaca.	1004118[illegible]	Oficios varios.	Yo te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3127728687	guacamarcela@gmail.com	marcela guaca	
2	Yaqueline Melo Velez	1083859[illegible]	Recicladora	Yo te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3213518272	yaqueline[illegible]@gmail.com	Yaqueline	
3	Brigit Lizeth Gutierrez Bermudez	1083[illegible]	Empleada	Yo te cuido	Huila	Pitalito	—	—	3125599613	—	Brigith	
4	Armando Mamian Piscoma	7[illegible]	Agricultor	Yo te cuido	Huila	Pitalito	—	—	3125[illegible]	—	Armando	
5	Elmin Jose Ortiz.	1124[illegible]	Oficios varios	Yo te cuido	Huila	Pitalito	—	—	3145891520	—	Elmin Jose	
6	Margarita Ariel.	3006[illegible]	Ama de casa.	Yo te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3168833492	—	Margarita Ariel	
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

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

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/09/2022 FECHA DE APROBACION 01/09/2022

FECHA: 30/07/2024 HORA: 9:00 AM - 10:00 AM.

LUGAR: F. Social Yo te Cuido Pitalito. TEMA: Redes Paternos.

DATOS DEL CAPACITADOR: Derly Liliana Ibarra - Gestor de Caso.

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

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

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACIÓN 01/08/2022

FECHA: 30/07/2024. HORA: 9:00 Am - 10:00 Am.

LUGAR: F. Social Yo te cuido. TEMA: Roles paternos.

DATOS DEL CAPACITADOR: Derly Lelione Reyes - Gestora de Casa.

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

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

Powered by CamScanner

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, se dio cumplimiento con todas las disposiciones y orientaciones recibidas en pro de garantizar el cumplimiento de todas las acciones enmarcadas en la prestación del servicio de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.

Se expide en Neiva el día 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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: YO HAIRA ARANDA MARTINEZ

Dirección: Mz 2 # 9-15 .

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

Powered by CamScanner

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

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

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Ledi Cuentas Rdj / Yomo
Firma de la persona que realiza la verificación	Ledi Cuentas Rdj / M.
CC. 41709184	**TP.** 228794112-1
Celular: 3107865661	
Correo electrónico: F.Fundacionsocialyotecuido@gmail.com.	

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 20-08-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	[redacted]	Discapacidad	[redacted]	Tutor	
Hogar de paso		Familiar			Casa hogar	

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
29-07-2024	SHIRLEY GONZALEZ	Fundacion Social Yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	ARANDIA	MARTINEZ	YOHAIRA
	Identificación: 55.131.290		

[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: Calle 2 No. 9-15	Tel. Fijo	Celular 3166034632
Barrio: BARRIO BELLO HORIZONTE	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 1079410109	23437543	30/08/2023	Comisaria de Tesalia
2	MARIA ISABEL SALAZAR PERDOMO	16/09/2023	RC 1081428232	23437543	16/09/2023	Comisaria de Tesalia
3	KAREN SOFIA CACERES ARGOTI	23/11/2010	T.I 1145826216	No tiene	07/03/2024	Comisaria La Argentina Alexis Patiño
4	ANA SOFIA ORTIZ CONTRERAS	06/06/2011	T.I 181411986	23439132	01/06/2024	Defensoría primera. Alonso Martinez
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

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

Descripción general de lo encontrado:

Powered by CamScanner

Adriana Patricia cursa su sexto Grado.
Mª Isabel por su edad No aplica.
Karen Sofia Cursando en la clinica Salud y Vida de Popayan tiene autorizados Clases Virtuales.
Ana Sofia cursa su octavo Grado.
En General el Rendimiento Escolar de todas es Bueno. Adriana y Ana Sofia asisten a sus actividades Extracurriculares Normalmente.

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 X No	Si X No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X 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 X No	Si X 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 X No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Realiza prácticas de autoprotección.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
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:

una Profesional de la Regional que cuenta con Visita por Parte de su Familia Biologica para Reintegrado a su Familia el 23 de Agosto a las 9:00 AM. H.º Isabel, y adriana Patricia Hadad la Defensora de Familia de origen. Karen Cristina con Medida Intrahospitalaria

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			

Powered by CamScanner

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Citas Médicas	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:

Las Carpetas se encuentran debidamente legajadas con documentación completa. Cada una con los siguientes Componentes de las diferentes áreas de atención.

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)

Dotacion en Buenas Condiciones Generales. Hº Isabel Documento con Dotacion escolar No aplica Para su edad.

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 si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

al revisar la Carpeta Correspondiente estan se encuentran Completa y al dia. NO hay documentos Vencidos a la Fecha de hoy 30 de Julio/ Agosto de 2024.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

las Condiciones higienicas de Vanderias son Buenas ademas que cuenta con Buena Ventilacion.

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

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) No quedan Hallazgos Ni Recomendaciones.

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		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO		YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
Ledi Constanza R.		
CC. 41709184	TP. 228794112-1	CC. 55131290
Celular: 3124564343		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**

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Tapabocas en el botiquin todo lo de aseo la entrega individual a c/u.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: CHARICA ARANDA M

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : ADRIANA PATRICIA SALAZAR.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Cantanza

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Tapabocas en el botiquín todo lo de aseo lo entrega mudanual.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: CHAIRA ARANDA M

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : ANA SOFIA ORTIZ.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Cantaro Rojas

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Le envio mensualmente a la clinica empleada de aseo tal como lo exigen.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : ALHAIDA ADARGA

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Cantarero Lejia

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	20-08-2024	CENTRO ZONAL	La Plata.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1.	000206 6391	20-12-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se encuentra almacenado en la bolsa de empaque y tarro Plastico debidamente tapado.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES: ?

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Ledi Cantillo Rodriguez.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION **VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**	VERSIÓN 1 FSYTC-0096- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 20-08-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: YO HAIRA ARANDIA MARTINEZ.

CENTRO ZONAL: LA PLATA

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

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

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

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
5. ¿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	
3. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observacione de la Madre Sustituta: FELICITACIONES.

La doctora es Muy Profesional; y Educada lo felicito por su Atención;

CHAIRA ARANDIA M.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 7	
Hora: 02:00 p.m	**Fecha: 26 de julio de 2024**
Lugar:	Fundación Social yo te cuido
Dependencia que Convoca:	Equipo psicosocial- Gestora de caso
Proceso:	MISIONAL- PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
Objetivo:	Proporcionar a los padres y cuidadores herramientas y estrategias prácticas para mejorar sus habilidades parentales. Esto incluye fomentar una comunicación efectiva, manejar el comportamiento de los hijos, y promover el desarrollo emocional y social positivo en los niños.

Agenda:

- Saludo
- Presentación
- Desarrollo **roles de Familia .**
- Socialización y aclaración de dudas
- Despedida

Desarrollo:

Se da inicio a la jornada de fortalecimiento, con padres biológicos dando caluroso saludo de bienvenida por parte de la gestora de caso, encargada de la actividad.

Se brinda orientación a las familias biológicas y redes extensas son el concepto de roles.
*"Las **familias** tienden a desarrollar especificaciones sobre quién hace qué en el grupo. Los **roles instrumentales contribuyen a la distribución de funciones, tareas y rutinas de la vida familiar**, por ejemplo, el padre-esposo tradicionalmente se identifica con un rol proveedor y protector de los hijos. En cambio, se considera deseable que la madre-esposa mantenga primordialmente un rol afectivo, aun cuando desarrolle un papel similar al hombre en otras áreas. En este contexto, es claro que **todos los miembros de la familia asumen una variedad de roles diferentes, algunos son funcionales** (ejemplo: proveedor, el guardián, el vocero, el que limpia) **y otras son emocionales** (el bromista, el consejero, el doctor, el miembro problema)."*

TIPOS DE ROLES DESEMPEÑADOS EN LAS FAMILIAS

Powered by CamScanner



- **Tradicionales:** Madre, padre, hermanos, abuelos, sobrinos, primos
- **Idiosincrásicos:** Hijo parental, chivo expiatorio, reconciliador, responsable, héroe, mártir
- **Instrumentales:** Proveedor, protector, orientador, educador, administrador, etc
- **Emocionales o Afectivos**
- **Modelos o patrones de conducta**

Concepto de las relaciones parentales

Desde que nacemos adquirimos un apego maternal natural y construimos vínculos seguros que influirán en nuestro potencial humano a lo largo de nuestra vida. Un desarrollo infantil correcto y unos entornos socioafectivos seguros pueden asegurar una vida adulta saludable.

Importancia

Los padres y las madres difieren en el grado en el cual responden a las señales de los(as) niños(as) y controlan sus comportamientos. El cuidado de alta calidad, se caracteriza por un enfoque receptivo, cognitivamente estimulante y moderadamente controlado, lo cual es crucial para el desarrollo y la seguridad infantil. De hecho, muchas de las habilidades que los(as) niños(as) adquieren durante los primeros años dependen fundamentalmente de la calidad de sus interacciones parentales. Por ejemplo, los padres y las madres desempeñan un papel importante en fomentar el aprendizaje infantil temprano (por ejemplo, el lenguaje y las habilidades de resolución de problemas) y en la configuración de sus habilidades socio-emocionales (por ejemplo, regulación emocional, reactividad al estrés y autoestima)

Además, influyen en el desarrollo, el mantenimiento o el cese de los comportamientos positivos y/o negativos de sus hijos(as). La calidad de la crianza durante los primeros años afecta a tres determinantes clave del éxito posterior en la escuela: su potencial cognitivo, su habilidad social y su funcionamiento conductual. Cabe señalar, que teniendo en cuenta el hecho de que las habilidades parentales pueden ser adquiridas y transmitidas de una generación a otra.

Powered by CamScanner

Educación

La capacidad de reconocer lo que enseñamos a nuestros hijos es una habilidad de crianza de la que todos podemos beneficiarnos. Desde el momento en que nuestros hijos nacen, están aprendiendo de nosotros.

Disciplina

Probablemente la habilidad más importante y controvertida de los padres es la disciplina. Nosotros, los padres, estamos en conflicto sobre qué tipo de disciplina aplicar y a qué hora. La disciplina apropiada para un niño de dos años podría no ser apropiada o efectiva para un niño de 10 años o un adolescente. La pieza más importante del rompecabezas de la disciplina es determinar quién está a cargo: los padres o el niño. Esto puede parecer simple, pero en estos tiempos, la respuesta no siempre es clara.

Además, se requieren competencias que permitan generar capacidades para:

- Toma de buenas decisiones
- Crear vínculos saludables
- Fortalecer el desarrollo afectivo, social y cognitivo
- Cuidar y motivar
- Establecer limites

Capacidades parentales básicas

Según Jorge Barudy, autor de "La inteligencia maternal", este tipo de capacidades destacan por ser hereditarias y biológicas. Esto permite que se pueden trabajar con el fin de desarrollarlas y mejorarlas. En este punto podemos definir 3 capacidades parentales básicas sobre las que poner hincapié:

- **Inteligencia emocional.** Permite a los padres reconocer sys emociones, manejaras y utilizarlas.
- **Capacidad de "apego".** Es la capacidad que tienen los padres para establecer un vínculo afectivo con sus hijos.
- **Empatía.** Es la capacidad de comprender el lenguaje emocional que utiliza el niño(a) para expresar sus necesidades y responder correctamente a él.

Momento 3. Descripción Detallada de las Actividades:

Metodología y Estrategias utilizadas:

- Presentación teórica: Se utilizó como material visual un banner para introducir conceptos clave.
- Reflexión individual: Proporcionar tiempo para la autoevaluación y planificación personal.

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

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



Decisiones:

Las familias biológicas agradecen el espacio, indican que en lo posible continuaran participando de las jornadas de fortalecimiento que ofrece el operador.

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

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
LAURA XIMENA LOSADA	GESTORA DE CASO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	

Powered by CamScanner

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	POR CONFIRMAR		
Colaborador que elabora el acta:	Gestora de caso- Laura Ximena Losada Alvira		

COPIA PÚBLICA

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

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

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Diana Yizeth Guagas	madres	Yo te cuido	Diana Yizeth
Nayorly Katherine R.	madRES	Yo Te cuido	Nayorly R.
Maria Ercilia Valleros	madre	YoTe cOido	Maria
SONIA Gs CHACUE	PADRE	YOTE CUIDO	SANTIAGO
Dnna Carolina Barona	madre.	Yo te cuido	DCB.
DCalson Andres otela A.	Padre	Yo te cuido	Nelson Andres otela.
NANCY VAQUERO	Allegada	Yotecuido	NANCY VAQUE
Yolima orjuela S	mamá	Yote cuido	Yolima or
Pablo Ortiz Piso	Papa	Yo teCuido	
Saneth Yo Yo Arroyo	madrast	Yo tecado	
Albenis Alvira caldon.	mamá	yo tecuido	Albenis Alvira
ynoan Forney Borja	papá	yo te cuido	ynoan Forney Borja
Yon Saver conoc	Papá	Yo te cuido	Yon Saver

	Fecha	Hora	Lugar
Próxima reunión			
Colaborador que elabora el acta:			

PÚBLICA

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 21/08/2024

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

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle 1 # 5-52 B/ Trinidad	3132040036

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra M. Rodriguez	36 286 406	3125354537

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
21/08/2024	Sandra Marcela Rodriguez	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Urbano	Murcia	Luz Nelly
	Identificación:		

[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

Scanned with CamScanner

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Cll 9 Este 43-69 Sur		3138348005
Barrio:	**Correo electrónico:**	
Las Palmitas		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Andres felipe Martinez Males	DD/MM/AA 21-08-2014	1144633373	1463864814	DD/MM/AA 22-11-2023	Cristina Molina D Tercera.
2	Emanuel Santiago Martinez Males	DD/MM/AA 23-08-2011	1088038033	2351003730	DD/MM/AA 27-11-2023	Cristina Molina D Tercera
3	Yuliana Paola. Martinez Males	DD/MM/AA 04/12/2017	1083931201	2355913586	DD/MM/AA 22-11-2023	Cristina. Molina D. Tercera.
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.

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

Scanned with 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 puede observar que los usuarios cuentan con todo lo requerido en el fortalecimiento personal

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

Scanned with CamScanner

Todos los niños cuenten con valores a salud y al sistema de educación al igual que actividades extracurriculares, y goten de buen estado nutricional.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Scanned with CamScanner

	1	2	3	4	5
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
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:

Todos los usuarios tienen comunicación con los diferentes ámbitos, a pesar que tienen problemas de lenguaje expresan sus sentimientos, disfrutan de entornos protectores y protegidos frente a situaciones de riesgo.

Scanned with 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:

Se puede evidenciar que la carpeta cuentan con todos la documentación requerida en este punto 4.3 ; cuentan con Certificado de seguimiento x psicología y Trabajo Social del 21 de julio del 2024, los cuadernos de los registros de experiencia se encuentran al día.

Scanned with 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)

Se puede observar que todos los juguetes cuentan con los elementos básicos, los elementos personales, escolar y de aseo todo en buen estado.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		07-09-2024
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		23-24-03-2024
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Con respecto de la madre sustituta cuenta con toda la documentación requerida, y las capacitaciones se encuentran actualizadas a 2014.

- Se le recomienda colocar separadores a la carpeta en algunos espacios.

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.

Scanned with 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:

Todos los espacios de la vivienda se encuentra en buen estado, cuenta con un ambiente espacios grandes y acogedores y limpios, los dormitorios se encuentra limpios, aireados y en orden

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

Scanned with CamScanner

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

- Se le recuerda a la madre sustituta colocar fotografías a la carpeta de la hoja de vida de ella.

COPIA

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Sandra M. Rodriguez C	Positivo Yanes
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 36286406 TP.	CC. 26568381.
Celular: 3125354734	Celular: 3138348004
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Notas:

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

Scanned with CamScanner

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

FECHA: 21-08-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Luz Nely Urbano

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Ana Lucia Huñoz - Sandra M. Rodríguez, Equipo Psicosocial

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

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

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializo 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: La visita fue muy clara y amable

Luz Nely Urbano Hernandez

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with 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

Al momento de la visita se evidencia que el Hogar se encuentra en buenas condiciones. Y de higiene

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Munoz Ortega

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 36114695 **TP.** 176683

Celular: 3223801764

Correo electrónico:

Scanned with CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Luz Nely Urbano Murcia

Dirección: Calle 9c este 43-69 sur B/las Palmitas

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	✓	
3	Sin grietas.	✓	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	✓	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	✓	
6	Sin humedad.	✓	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	✓	
8	Ventilación e iluminación natural.	✓	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	✓	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	✓	
11	Baños con puertas seguras.	✓	
12	Sanitarios en perfecto estado.	✓	
13	Espejos en perfecto estado.	✓	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	✓	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	✓	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	✓	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	✓	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	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.	✓	

Scanned with CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
al momento de la visita el usuario cuenta con su dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Emmanuel Martinez Mateo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Reinaldo Bocanegra

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: