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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Usuario cuenta con su dotacion al dia

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Andres Felipe Martinez Mola

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yoneli Ubeda Acuña

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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 2 de 4

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

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

OBSERVACION GENERAL
El usuario cuenta con la dotacion al dia

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Paloma Juliana Martinez Males

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [illegible]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [illegible]

Scanned with 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	21-08-2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Luz Nely Urbano Murcia

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		3	00105/2040	15-octubre-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se observan las Bolsas en Buenas condiciones de de almacenamiento

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Se Evidencia que la Madre Sustituta le da un buen Uso y Manipulacion a las Bolsas de Bienestarina

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Luz Nelly Urbano Murcia	

Scanned with CamScanner

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, apertura 12 nuevas historias de atención en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata distribuidas de la siguiente manera:

Centro zonal	Vulneración
Garzón	**4**
Pitalito	**2**
La plata	**6**
total	**12**

Neiva – 06 de agosto del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

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

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, atendió un total de 103 cupos en la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y La Plata, los cuales se discriminan a continuación:

Centro zonal	Vulneración	Discapacidad	Total
Garzón	28 cupos	07 cupos	35 cupos
Pitalito	**20** cupos	11 cupos	31 cupos
La plata	**32** cupos	05 cupos	37 cupos
total			**103** cupos

Neiva – 06 de agosto del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

1. Talleres de fortalecimiento a familias sustitutas - Sobre atención en crisis.
    - 1.1. Garzon: 17 de julio del 2024
    - 1.2. Pitalito: 31 de julio del 2024
    - 1.3. La Plata: 22 de julio del 2024.

2. Cualificación del talento humano – Liderazgo
    - 2.1. la plata: 24 de julio del 2024
    - 2.2. Garzon: 22 de julio del 2024
    - 2.3. Pitalito: 24 de julio del 2024

3. Talleres de fortalecimiento a familias biológicas - Sobre Escucha activa y roles paternos
    - 3.1. Garzon: 18 y 19 de julio del 2024
    - 3.2. Pitalito: 31 de julio del 2024
    - 3.3. La Plata: 26 de Julio del 2024.

4. Conmemoración fechas especiales – Colombianidad
    - 4.1. la plata: 31 de julio del 2024
    - 4.2. Garzon: 31 de julio del 2024
    - 4.3. Pitalito: 31 de julio del 2024

Neiva – 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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 6		
Hora: 4:00 a.m		**Fecha: 31 de julio de 2024**
Lugar:	**Fundación Social yo te cuido**	
Dependencia que Convoca:	**Gestora de caso**	
Proceso:	**MISIONAL- PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**	
Objetivo:	Fomentar la autoestima, la confianza y la identidad cultural en niños, niñas y adolescentes de hogares sustitutos.	

Agenda:

1. Saludo
2. Ejecución de la programación organizada.
3. Decisiones y compromiso.

Desarrollo:

1. Siendo las 4:00 p.m. del miércoles 31 del año en curso, se da inicio al TALLER VIBRANTE IDENTIDAD: CELEBRANDO EL 20 DE JULIO Y LA ESENCIA DE LA COLOMBIANIDAD junto con los niños, niñas, adolescentes, de la fundación yo te cuido se les da la bienvenida y un caluroso saludo.
2. Se da paso a la ejecución de la programación organizada, destacando a Colombia como un país lleno de riquezas culturales y tradiciones, explorando el significado del 20 de Julio, un día que celebra nuestra independencia y la esencia de ser colombiano. El 20 de Julio de 1810 marca un hito en la historia de Colombia. Este día, los colombianos se unieron para luchar por su libertad y autonomía. Recordar que esta fecha es fundamental para entender nuestra lucha por la independencia y la construcción de nuestra identidad.
   Siendo Colombia es un crisol de culturas y tradiciones. Desde la música, la danza, hasta la gastronomía diversa, cada rincón del país aporta a nuestra identidad. Celebrar el 20 de Julio es también celebrar esta riqueza cultural que nos une.
   Las celebraciones están llenas de tradiciones. Desde desfiles hasta festivales, los colombianos se visten con orgullo y alegría. Estas festividades son una forma de reafirmar nuestra identidad. Ser colombiano es vivir en un país de contrastes, donde la hospitalidad y la alegría son parte de nuestra esencia. Celebrar nuestra identidad no solo es recordar el pasado, sino también valorar el presente y construir un futuro lleno de esperanza. Se da inicio a la programación organizada de la siguiente manera:

Actividades:

1. Se inicia con la canción Colombia tierra querida para ambientar.
2. Se hace la presentación de la gestora de caso y presenta el tema a tratar siguiendo la presentación- Power Point
3. Himno nacional solicitando a los asistentes estar de pie y que los que lo sepan lo entonen ojalá con la mano derecha en el pecho y observando las imágenes que van apareciendo
4. La gestora de caso por medio del tingo tango pregunta a los asistentes:
   - ¿Qué les gusta de ser colombianos?
   - ¿Qué imágenes observaron tanto en Colombia tierra querida como en el himno nacional y hace énfasis en que todo eso es lo que nos une como colombianos?
   - ¿Qué colores les gustan más y por qué?

   Se hace énfasis en la diversidad de nuestros paisajes, nuestras regiones, nuestras culturas, la raza, etc.

PUBLICA

5. Seguidamente se dice que el 20 de julio se llevó a cabo la celebración de nuestra independencia, puesto que antes de eso los españoles nos hicieron sus esclavos y que para ello invita a ver el siguiente video. Se van haciendo preguntas como
   - Preguntar a los niños ¿cuáles son sus platos favoritos? Se habla de los platos típicos
   - Bandeja paisa en Antioquia
   - Empanadas, masato.
   - Lechona en el Tolima
   - Pescado en la costa
   - Mamona en el llano
   - Asado en el Huila, etc.

5. "Nuestros símbolos"
- Mostrar imágenes del escudo de Colombia y explicar su significado.
- Preguntar a los niños qué les gustaría agregar o cambiar en el escudo. Las niñas, niños y adolescentes participan de manera activa y coherente a todas las dinámicas y preguntas expuestas.







PUBLICA

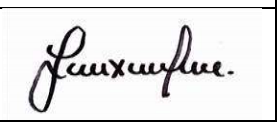
Al terminar los puntos de las actividades se hace entrega del certificado de participación al taller formativo de colombianidad como reconocimiento por la participación a los niños, niñas, adolescentes, por su participación. Finalmente se hace entrega de un refrigerio alusivo a la gastronomía colombiana.

Decisiones:

EL FUTURO BRILLANTE DE COLOMBIA, se construye hoy en cada sueño, esfuerzo y valentía de sus niños, niñas y jóvenes.Se da por finalizada la jornada a las 5:00 pm

Compromisos / tareas	**Responsable(s): Nombre / Cargo o rol**	**Fechas**
Fortalecer la identidad cultural	Niñas, Niños y adolescentes de la fundación Yo Te Cuido	Continuo

FIRMA ASISTENTES

Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Laura Ximena Losada	Gestora de caso	Fundación Social Yo Te Cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por Confirmar	Por Confirmar	Por Confirmar
Colaborador que elabora el acta:	Laura Ximena Losada- Gestora de caso		

PÚBLICA

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

Fecha de visita: 28/08/2024

Hogar Sustituto		Vulneración		Discapacidad		Tutor	
Hogar de paso		Familiar		Casa hogar			

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "40 te curo"	Calle 1A # 5-52 B/ Trinidad	3204227379

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra M. Rodriguez	36281406 pto	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 C	Fundación Social "40 te curo"

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

Scanned with CamScanner

Dirección: Transversal 9A # 12 Sur - 57	Tel. Fijo	Celular 3203243565
Barrio: Juan Pablo II	Correo electrónico: hugovitos@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 Steven Ortiz Guzman	DD/MM/AA 07/04/2008	1117264916	N/A	DD/MM/AA 24/10/23	Comisaria Familia Acacias
2	Fabian Guzman Quiroga	DD/MM/AA 12/09/2001	1003803832	2356 9342	DD/MM/AA 01/02/2018	Defensora Javier Combe.
3	Pedro José Astudillo Bolaños	DD/MM/AA 06/05/2006	1077226739	23591 82	DD/MM/AA 02/07/2009	Javier Combe Defensor
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

Scanned with 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:

Pedro José no se encuentra vinculado al sistema educativo por que presenta una discapacidad

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

Scanned with CamScanner

y por la edad, a la fecha se encuentra en proceso de vincularlo a un colegio privado que le brinden la educación de acuerdo a su discapacidad, por lo anterior no se encuentra en actividades extracurriculares.

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

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

	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:

Ninguno de los tres jóvenes tienen contacto con su red familiar biológica, Fabian Guzman y Pedro Alfredo se encuentran en proceso de Adoptabilidad, el joven Fabian Guzman no participa en actividades culturales ni deportivas por su condición, se encuentra en silla de ruedas.

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

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:

Ninguno de los usuarios cuentan con formula medica, el resto de la documentacion se encuentra al dia, en sus respectivas carpetas, ordenadas. el cuaderno de registro de experiencias se encuentra al dia.

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)

Pedro José no cuenta con dotación escolar ya que no asiste a la escuela x su condición de discapacidad.

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 gredo 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	✓		
Camé de manipulación de alimentos	✓		Julio. 2024
Certificación primeros auxilios	✓		Julio - 2023
Carpeta de visitas al Hogar			

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

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

En la visita se puede evidenciar que la Carpeta de la madre sustituta se encuentra al día y con todos los documentos solicitados, de igual manera cuenta con los separables, los documentos 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.

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:

Durante la visita se puede evidenciar que la vivienda se encuentra en buen estado, que cuenta con espacios limpios y agradables.

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 recomienda a la madre sustituta continuar realizando el acompañamiento a los niños en todos los aspectos.

- Se le reconoce el trabajo y el compromiso con los niños

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

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 Mercedes Rodriguez	Yudis Paola Hoyos
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
	Yudis Paola H.
CC. 31286401 TP. A9253356	CC. 36788[illegible]
Celular: 3125354531	Celular: 320324356[illegible]
Correo electrónico: [illegible]	Correo electrónico: [illegible]

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

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: Yudis Paola Hoyos

Dirección: Transversal 4 A # 12 Sur -52 B/Juan Pablo

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.	✓	

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	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 unidad de Servicio se encuentra en optimas condiciones

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: 3225801754

Correo electrónico:

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0008- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 28-08-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yudis Pada Hoyos

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Ana Lucia Muñoz; Sandra H Rodríguez

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?	✓	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes 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?	✓	

Observacione de la Madre Sustituta:

Yudis Pada H
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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	✓	
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 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
Usuario cuenta con dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Pedro Jose Astudillo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yudys Pacheco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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	✓	
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 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
Usuario cuenta con dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Fabian Guzman Quiza

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yudys Pacha

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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	✓	
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 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
El usuario cuenta con su dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Fabian Stiven Ortiz Guzman

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yudis Pacheco H.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Scanned with CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28-08-2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Yudis Paola Hoyos Osorio

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		3	0007052040	15 octubre 2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			Se observa Bien Conservada

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

La Señora Yudis le brinda un buen Manejo al alimento y la conservación es optima

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Ana Lucia Muñoz

Scanned with CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ Nº 4	
Hora: 2:30 pm	**Fecha:** 31 de Julio del 2024
Lugar:	Sede Administrativa
Dependencia que Convoca:	Fundación yo te cuido
Proceso:	Protección – Restablecimientos de derechos.
Objetivo:	Promover y preservar la identidad cultural de nuestra nacionalidad en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de la modalidad hogar sustituto.

Agenda:

1. Saludo
2. Ejecución de la programación organizada.
3. Decisiones y compromiso.

Desarrollo

1. Siendo las 2:30 p.m. del miércoles 31 del año en curso, se da inicio a la celebración de los simbolos patrios junto con los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, madres sustitutita y funcionarios de la fundación yo te cuido se les da la bienvenida y un caluroso saludo.
2. Se da paso a la ejecución de la programación organizada sin antes descarta la importancia y lo que se conmemora para estas fechas lo cual es un reflejo de la identidad cultural de nuestros símbolos patrios incluye muestra de imágenes con los mismos simbolos, las madres participaron de forma creativa con la actividad adivina que, donde las madres hicieron mímica para que los usuarios adivinaran que símbolo patrio estaban realizando, también se realizó actividad de la flor nacional, el animal nacional, la música nacional y demás representativos de nuestra nacionalidad.

   Bandera nacional

   El amarillo representa la abundancia y la riqueza de nuestro suelo, pero también la soberanía, la armonía y la justicia; el azul simboliza el mar, los dos océanos sobre los que Colombia tiene costas y que nos une a otros pueblos para el intercambio de productos; y el rojo representa la sangre, pero no la sangre que derrama el odio sino la que alimenta el corazón y le da movimiento y vida, la que significa amor, poder, fuerza y progreso.

   Escudo nacional

Powered by CamScanner

El escudo de armas de la República de Colombia consta de tres franjas horizontales.

El cóndor, ave de nuestros Andes, simboliza la libertad. Está representado de frente, con las alas extendidas y mira hacia la derecha; de su pico pende una corona de laureles de color verde y una cinta ondeante, asida al escudo y entrelazada en la corona. En ella aparecen sobre oro y en letras las palabras Libertad y Orden, lema nacional.

En el tercio superior sobre fondo azul, hay una granada de oro abierta, con tallo y hojas también de oro, que evoca a la Nueva Granada, nombre que llevó Colombia en el siglo XIX. A sus lados se ven dos cornucopias: la de la derecha contiene monedas de oro y plata y la de la izquierda frutos tropicales. Simbolizan la riqueza y prodigalidad del suelo nacional. En el medio sobre un fondo de platino se ubica un gorro frigio, símbolo de libertad.

En el tercio inferior sobre aguas marinas, dos buques con las velas desplegadas aparecen a lado y lado del Istmo de Panamá, que simboliza los dos océanos que bañan al país. Las velas desplegadas aluden al comercio de Colombia con el mundo. El escudo está flanqueado a lado y lado por dos banderas nacionales.

Himno Nacional

Fue compuesto en 1887 con letra de Rafael Núñez y música del compositor italiano, Oeste Sindico, para conmemorar el 11 de noviembre la Independencia de Cartagena. La Ley 33 del 28 de octubre de 1920, sancionada por el presidente Marco Fidel Suárez, le dio carácter oficial.

3. Al terminar las presentaciones se hace entrega de un compartir típico de nuestra región por la participación a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y madres sustitutas. Finalmente se hace cierre recordando la importancia de cuidar y proteger nuestros símbolos patrios.

Decisiones:

Es importante tener en cuenta que los símbolos patrios de Colombia es una manifestación clave de la identidad cultural lo cual es esencial es esencial para el fortalecimiento de la identidad cultural, la cohesión social y el desarrollo económico de la región, al mismo tiempo que nutre la dimensión de ser colombianos.

Se da por finalizada la jornada a las 5:00 p.m

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Continuar fortaleciendo, fomentando la confianza y la identidad cultural en niños, niñas y adolescentes de hogares sustitutos.	Niños, Niñas, adolescente Jóvenes de la fundación y madres sustitutas.	Continuo

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS










Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Catalaya Goez	usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Catalaya
Mª fernanda Gómez	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Maria gomez
Andrés Felipe B.P	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Andrés F
Luz Angela Sierra	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
FRANK stiven	usuario	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	FRANK
Alexis cardona S.	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Alexis Cardona
VICTOR	USUARIO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	VICTOR
Dominik ome	USARIO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Dominik
ELIANSAIR PEREZ SANDOVAL	USUARIO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	ELIAN S. PEREZ
JOSÉ Deiner vasqu	USUARIO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	JOSÉ Deiner
SHARIT mariana sera	USUARIA	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	sharit
Yelber Jesús Perez	Usuario	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Yelber Jesús
keyli yohana A. Pardomo	Usuaria.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	keyli yohana.
viviana Alvy Pardomo.	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Viviana Alvy
Yoli Andrea Caballero	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Yuli Caballero
Maria Guadalupe J20	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Maria Guadalupe
Kevin santana	usuario	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Kevin santana
wilmar stiven	usuario	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	stiven
Leonor Gutierrez mendo	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Leonor Gm
Laura Daniela Ortiz	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Laura Daniela
EMILY Sofia Rosario	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Emily Sofia
Juliana Tapasco mena	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Juliana Tapasco
Sharol Nikol Mamian	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Sharol Nikol M.
Karen Cuellar	Usuaria	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Karen Cuellar
Jacobo Noe Yoquino	Usuario	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Jacobo Noe

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	N/A	N/A	N/A

Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ – GESTORA DE CASO

Niños Niñas y adolescentes

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Clara Inés Rojas	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Orfa [illegible]	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Sandra Milena Caldas	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Edwiges Gonzalez	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Yisel Cortes	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Yaby [illegible]	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Ana Milena [illegible]	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Paola I. Barrera	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Alvaro Manuel [illegible]	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Rosa Tellez	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	

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	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 4	
Hora: 10:30 pm	**Fecha:** 19 de Julio del 2024
Lugar:	Sede fundación yo te cuido
Dependencia que Convoca:	Fundación yo te cuido
Proceso:	Protección – Restablecimiento de derechos
Objetivo:	Sensibilizar a los usuarios sobre la importancia de la higiene personal y proporcionarles consejos prácticos para mantenerse limpios y saludables.

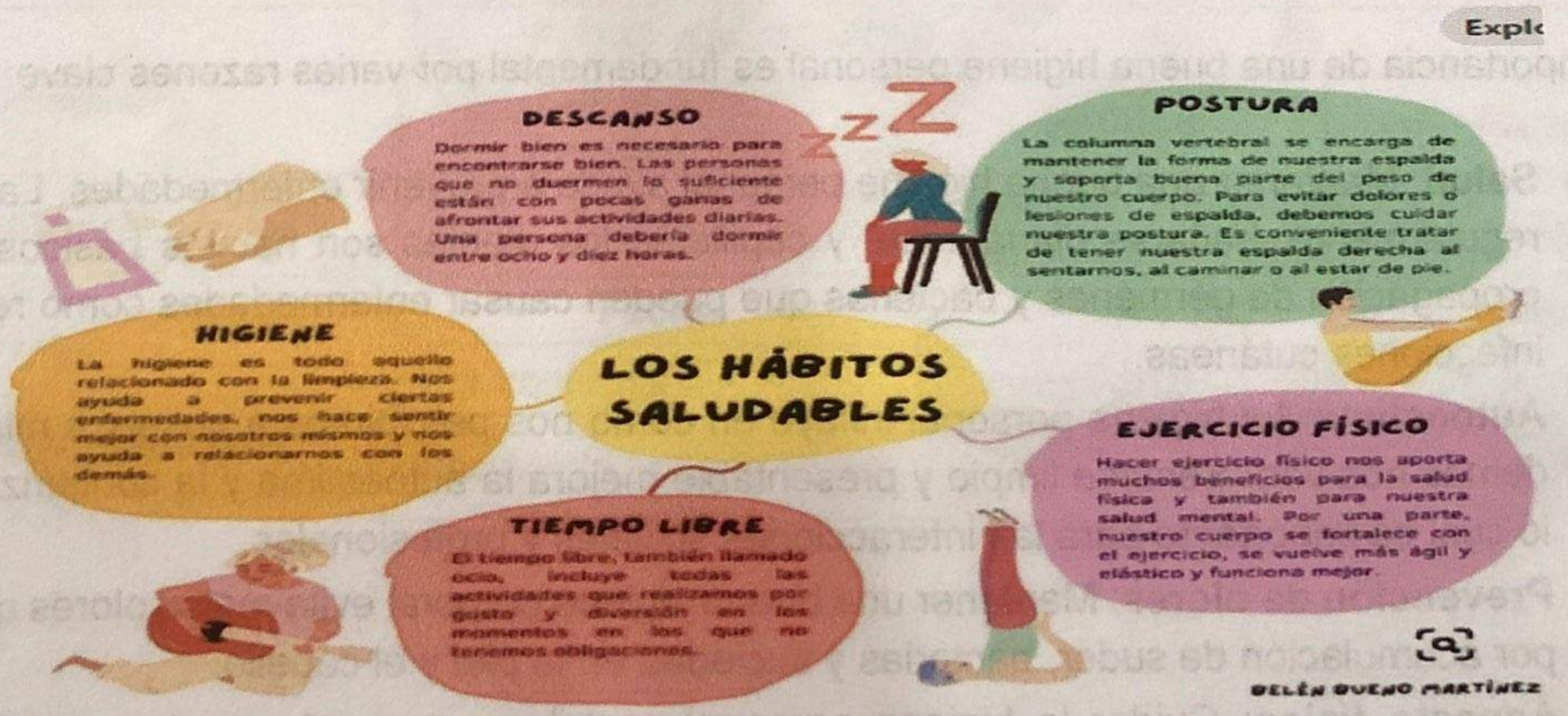
Agenda:

1. Saludo
2. Ejecución del taller
3. Decisiones y compromiso.

Desarrollo

1. Siendo las 10:30 a.m. del viernes 19 de julio del año en curso, se da inicio al taller junto con los niños, niñas y adolescentes, brindando un caluroso saludo. Se realiza la actividad rompe hielo piedra, papel y tijera humano.

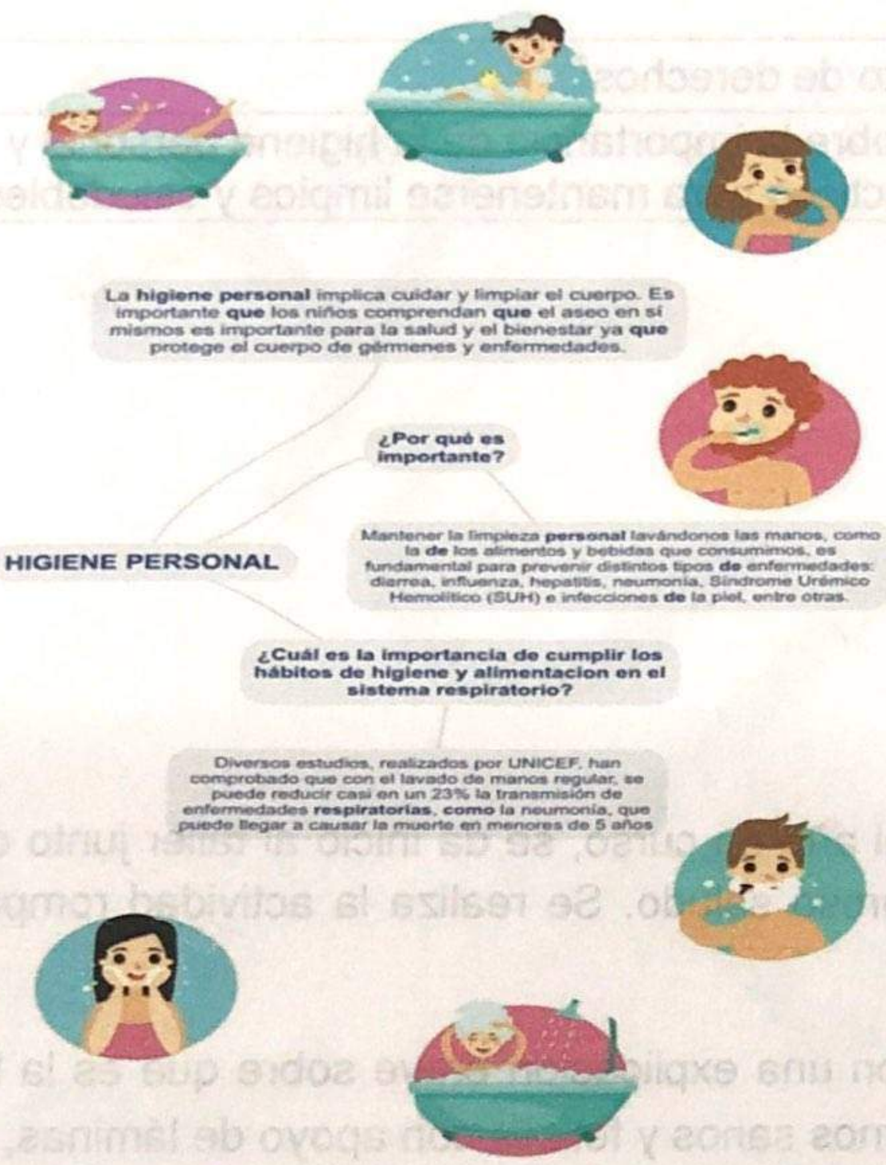
2. Se da paso a la ejecución del taller se inicia con una explicación breve sobre qué es la higiene personal y por qué es importante para mantenernos sanos y felices con apoyo de láminas,



¡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





La importancia de una buena higiene personal es fundamental por varias razones clave:

- **Salud**: Mantener una buena higiene personal ayuda a prevenir enfermedades. Lavarse las manos regularmente, bañarse diariamente y cepillarse los dientes son hábitos básicos que reducen la propagación de gérmenes y bacterias que pueden causar enfermedades como resfriados, gripe e infecciones cutáneas.
- **Autoestima**: La higiene personal influye en cómo nos percibimos a nosotros mismos y cómo los demás nos ven. Sentirse limpio y presentable mejora la autoestima y la confianza en uno mismo, lo cual es importante para las interacciones sociales y profesionales.
- **Prevención de olores**: Mantener una buena higiene corporal evita malos olores que pueden surgir por acumulación de sudor, bacterias y suciedad en la piel y el cabello.
- **Aspecto físico**: Cuidar la higiene personal contribuye a mantener una apariencia física más agradable. Esto puede tener un impacto positivo en cómo nos perciben los demás y en nuestras oportunidades en el ámbito laboral y social.
- **Prevención de enfermedades de la piel**: Bañarse regularmente y usar ropa limpia ayuda a prevenir problemas como dermatitis, hongos u otras infecciones de la piel que pueden surgir por falta de higiene.

Powered by CamScanner

- **Respeto por uno mismo y por los demás**: Mantener una buena higiene personal muestra respeto por uno mismo y por los demás. Es una forma de demostrar consideración hacia los que nos rodean al minimizar el riesgo de transmitir enfermedades y al mantener un entorno más agradable y limpio.



Luego se realiza la actividad de concéntrese con imágenes alusivas al cuidado de la higiene personal. Y finalmente se realiza un ejercicio un ejercicio donde se le hace entrega de un laberinto para que una cada pareja.

Decisiones: El objetivo principal de mantener una buena higiene corporal es el de prevenir enfermedades por virus o bacterias y convivir de una manera armoniosa con el resto de la sociedad. La buena higiene personal no solo es importante para la salud física, sino también para el bienestar emocional, la autoestima y las relaciones interpersonales. Es un aspecto fundamental del autocuidado que contribuye a una mejor calidad de vida en general.

Se da por finalizada la jornada a las 12:00 pm

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Mantener una buena higiene personal y colocar en práctica lo socializado en el taller	Niños, Niñas, adolescente Jóvenes de la fundación y madres sustitutas.	Continuo

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Ana María lozano plaza	Pedagoga	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por confirmar	Por confirmar	Por confirmar
Colaborador que elabora el acta:	Ana María Lozano Plaza		

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS







Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Jhonan Sebastian	Usuario	Yo te cuido	Jhonan Sebastian
Cristian David Acosta	Usuario	Yo te cuido	Cristian David
Luisa Fernanda Paz Q	Usuario	Yo te cuido	Luisa Fernanda Paz
Mariana Aceneth Acosta G	Usuario	Yo te cuido	Mariana Gutierrez
Brayan Stiven Betancur	Usuario	Yo te cuido	Brayan
Juan Carlos Paz Q.	Usuario	Yo te cuido	Juan Carlos P.
Sara valentina otela	Usuario	Yo te cuido	Sara valentina
Andres stiven otela	Usuario	Yo te cuido	
Adan Lasso	Usuario	Yo te cuido	
James Collazos	Usuario	Yo te cuido	
Daniela Vargas.	Usuario.	Yo te cuido	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 4		
Hora: 2:30 pm		Fecha: 18 de Julio del 2024
Lugar:	Sede fundación yo te cuido	
Dependencia que Convoca:	Fundación yo te cuido	
Proceso:	Protección – Restablecimiento de derechos	
Objetivo:	Sensibilizar a los usuarios sobre la importancia de la higiene personal y proporcionarles consejos prácticos para mantenerse limpios y saludables.	

Agenda:

1. Saludo
2. Ejecución del taller
3. Decisiones y compromiso.

Desarrollo

1. Siendo las 2:30 p.m. del jueves 18 de julio del año en curso, se da inicio a la celebración del san pedrito junto con los niños, niñas y adolescentes, brindando un caluroso saludo. Se realiza la actividad rompe hielo piedra, papel y tijera humano.

2. Se da paso a la ejecución del taller se inicia con una explicación breve sobre qué es la higiene personal y por qué es importante para mantenernos sanos y felices con apoyo de láminas,



Powered by CamScanner





La importancia de una buena higiene personal es fundamental por varias razones clave:

- **Salud**: Mantener una buena higiene personal ayuda a prevenir enfermedades. Lavarse las manos regularmente, bañarse diariamente y cepillarse los dientes son hábitos básicos que reducen la propagación de gérmenes y bacterias que pueden causar enfermedades como resfriados, gripe e infecciones cutáneas.
- **Autoestima**: La higiene personal influye en cómo nos percibimos a nosotros mismos y cómo los demás nos ven. Sentirse limpio y presentable mejora la autoestima y la confianza en uno mismo, lo cual es importante para las interacciones sociales y profesionales.
- **Prevención de olores**: Mantener una buena higiene corporal evita malos olores que pueden surgir por acumulación de sudor, bacterias y suciedad en la piel y el cabello.
- **Aspecto físico**: Cuidar la higiene personal contribuye a mantener una apariencia física más agradable. Esto puede tener un impacto positivo en cómo nos perciben los demás y en nuestras oportunidades en el ámbito laboral y social.
- **Prevención de enfermedades de la piel**: Bañarse regularmente y usar ropa limpia ayuda a prevenir problemas como dermatitis, hongos u otras infecciones de la piel que pueden surgir por falta de higiene.

Powered by CamScanner

- **Respeto por uno mismo y por los demás**: Mantener una buena higiene personal muestra respeto por uno mismo y por los demás. Es una forma de demostrar consideración hacia los que nos rodean al minimizar el riesgo de transmitir enfermedades y al mantener un entorno más agradable y limpio.



Luego se realiza la actividad de concéntrese con imágenes alusivas al cuidado de la higiene personal. Y finalmente se realiza un ejercicio un ejercicio donde se le hace entrega de un laberinto para que una cada pareja.

Decisiones: El objetivo principal de mantener una buena higiene corporal es el de prevenir enfermedades por virus o bacterias y convivir de una manera armoniosa con el resto de la sociedad. La buena higiene personal no solo es importante para la salud física, sino también para el bienestar emocional, la autoestima y las relaciones interpersonales. Es un aspecto fundamental del autocuidado que contribuye a una mejor calidad de vida en general.

Se da por finalizada la jornada a las 4:00 pm

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Mantener una buena higiene personal y colocar en práctica lo socializado en el taller	Niños, Niñas, adolescente Jóvenes de la fundación y madres sustitutas.	Continuo

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Ana María lozano plaza	Pedagoga	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por confirmar	Por confirmar	Por confirmar
Colaborador que elabora el acta:	Ana María Lozano Plaza		

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS











Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Victor Cardona.	Usuario	F. Social yo te cuido	VICTOR
Leydi Yohana Alcy Pedroza	Usuario	F. yo te cuido	Yohana Pedroza
Viviana Alcy Pedroza	Usuario	F. yo te cuido	Viviana P.
Valentina Santos	Usuario	F. yo te cuido	Valentina S.
Jose Deiby vasquez	Usuario	F. yo te cuido	Jose Deiby
Leonor IEMI	Usuario	F. yo te cuido	Leonor
Yilber Sandoval	Usuario	F. yo te cuido	
Nicolas Manzano	Usuario	F. yo te cuido	
Alexis Cardona	Usuario	F. yo te cuido	Alexis C
Kevin Santana.	Usuario.	F. yo te cuido.	Kevin
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por confirmar	Por confirmar	Por confirmar
Colaborador que elabora el acta:	Ana Maria Lozano Plaza		

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: *3:00 p.m*	Fecha: *31 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 Fomentar el conocimiento y la apreciación de la identidad cultural colombiana en niños, niñas y adolescentes, promoviendo el entendimiento de sus tradiciones, valores y diversidad cultural.*

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 31 de Julio del 2024, la Gestora de caso de la Fundación **"Yo te Cuido"** desarrolla el taller sobre la "Actividad para NNA sobre Colombianidad", dando inicio a las 3:00 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 *promover un entendimiento profundo de la colombianidad a través de la participación activa y el aprendizaje en NNA.*

Se da inicio con una dinámica denominada "Mi Retoño Colombiano", para crear sentido de pertenencia en NNA, y promover pensamientos sobre aspectos de la cultura colombiana.

Se profundiza en el concepto de Colombianidad, que es sentirse orgulloso de ser colombiano, por su pertenencia, nacimiento u adopción.

Concepto de Cultura

Es el conjunto de elementos y características propias de una determinada comunidad humana. Incluye aspectos como las costumbres, las tradiciones, las normas y el modo de un grupo de pensarse a sí mismo, de comunicarse y de construir una sociedad.

Importancia de la Cultura en Colombia

La diversidad cultural es una característica esencial de la humanidad y un factor clave de su desarrollo, ya que se expresa en una gran pluralidad de identidades y de expresiones culturales de los pueblos y comunidades que forman la nación

Qué nos aporta la Cultura

Powered by CamScanner

Nos muestra la diversidad humana, la manera en que se aprende y se transmite a través del proceso de socialización, como el idioma, formas de comportarnos, de relacionarnos, de ver el mundo

Platos típicos

- ***Bandeja paisa.***
- ***Sancocho***
- ***Lechona.***
- ***Ajiaco.***
- ***Tamal.***
- ***Empanadas.***
- ***Arepas.***
- ***Fritanga.***



El significado de los colores de la bandera colombiana, a pesar de la poca certeza sobre su origen, se resume actualmente como:



Amarillo, *como representación de la abundancia y riqueza de Colombia, derivado de la soberanía de los territorios colonizados*

Azul, *por el mar y los dos océanos que unen Colombia con el resto del mundo,*

Rojo, *que simboliza la sangre de aquellos que lucharon por la soberanía, y que se traduce en amor, progreso, fuerza y poder.*

Regiones de Colombia

El territorio colombiano se divide en seis regiones: Caribe, Insular, Pacífica, Andina, Orinoquia y Amazonia.



Momento 3. Descripción Detallada de las Actividades:

Powered by CamScanner

Metodología y Estrategias utilizadas:

- Presentación teórica: Se desarrolló el tema mediante actividades participativas.
- Reflexión individual: Proporcionar tiempo para la evaluación de saberes.

Conclusiones

1. **Valoración de la Identidad Cultural**: Los participantes han aprendido sobre la riqueza y diversidad de la cultura colombiana, entendiendo su importancia en la identidad nacional.
2. **Conexión Personal**: Al involucrarse en actividades prácticas y reflexivas, los NNA han desarrollado una conexión personal con la cultura colombiana.
3. **Participación Activa**: Las actividades interactivas han facilitado un aprendizaje significativo y la expresión de las ideas y sentimientos de los participantes.
4. **Refuerzo de la Comunidad**: El taller ha fomentado un sentido de comunidad y pertenencia entre los participantes al compartir y celebrar su cultura común.

Evidencia de los métodos utilizados





Powered by CamScanner





En el desarrollo de la conmemoración de la colombianidad, se ofreció a los NNA, un refrigerio alusivo a una de los alimentos típicos de la región como la empanada con ají o guacamole y un jugo natural.

Adicional se hizo una actividad de pintucaritas, plasmando a la bandera de Colombia, reflejados en sus llamativos colores y se entonó una estrofa del Himno Nacional.

Decisiones:

Se dio por finalizada la actividad a las 5:00 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	*NNA*	*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 M.	Gestor de Caso.	PS 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		

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Kevin Matias Realpe M.	usuario	Yo te cuido	Kevin Matias Realpe M
Laura Isabel Dorado R.	usuario	Yo te cuido	Laura Isabel D.
Sofia Hoyos chilito	usuario	Yo te cuido	Sofia Hoyos.
Laura Maria B Li	usuario	Yo te cuido	Laura Maria
Loder Esteban Gonzalez	usuario	Yo te cuido	Loder Esteban
Leider santiago Rodriguez	Usuario	Yo te cuido	Leider Rodrigue.
Hector Estiben Samboni	Usuario	Yo te cuido	Hector S
[illegible]	usua	Yo te cuido	[illegible]
Pedro José Arboleda ..	usuario.	Yo te cuido	Pedro José A.
Emanuel Santiago B	usuario	Yo te cuido	Emanuel Sant.
Andres Felipe B	usuario	Yo te cuido	Andres Felipe
Paloma [illegible] B	usuario	Yo te cuido	Paloma [illegible]
Maria José Salgado	usuaria	Yo te cuido	Maria Salgado
Maria del Mar Galindez	usuaria	Yo te cuido	Maria del Mar
Anadna Sofia Sotera	usuaria	Yo te cuido	Sofia Sotera.

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	POR CONFIRMAR	POR CONFIRMAR	POR CONFIRMAR

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/06/2022 FECHA DE APROBACION 01/06/2022

FECHA: 31/07/2024 HORA: 3:00 Pm.

LUGAR: Oficina Yo te Cuido. TEMA: Colombianidad.

DATOS DEL CAPACITADOR: Daly Ulloa Reyes - Gestor 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 caliad durante todo la pedagogia.		X		
4. El lenguaje de la capacitacion es claro y facil de entener.	X			
5. Sientes que tus conocimientos o habilidades han mejorado luego de la capacitacion.	X			
6. Cómo calificarías la duración total de la capacitacion.	X			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion		X		
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:		X		
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

	ANEXO 12. FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION	VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/06/2022 FECHA DE APROBACION 01/06/2022

FECHA: 31/07/2024	HORA: 3:00 PM.
LUGAR: Oficina de cuido.	TEMA: Colombianidad.
DATOS DEL CAPACITADOR: Dorly Liliana Hoyos M.	

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

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

Powered by CamScanner

Solicitud de documentos, certificado de grado 6 y boletines pertinentes para la vinculación estudiantil del Leidy Milena Anacona Ruiz

A Comisariayfamilia <comisariayfamilia@tesalia-huila.gov.co> el 2024-06-11 14:37

Detalles | Cabeceras | Sólo texto

Cordial saludo

Me dirijo a ustedes de forma respetuosa en calidad de gestora de caso de la fundación social yo te cuido para solicitar el certificado de aprobación del grado 6 de la usuaria Leidy Milena Anacona Ruiz con TI. 1082804960, y los boletines de primer periodo que tuvo la niña en el grado 7 con el fin de vincularla a la actividad educativa y brindar este derecho a la usuaria. Pido su colaboración de forma URGENTE.

Atentamente

Laura Daniela Olcunche Noscue

Gestora de caso de la Fundación social yo te cuido.

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: *9:00 a.m*	Fecha: *31 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:	Educar a las Madres sustitutas sobre las actividades peligrosas y nocivas para menores de edad, tal como lo establece la Resolución 1796 del 27 de abril de 2018.

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 31 de Julio del 2024, la Gestora de caso de la Fundación **"Yo te Cuido"** desarrolla el taller sobre la "Actividades peligrosas y nocivas para menores de edad," para la resolución de conflictos, dirigida a Madres sustitutas, 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 *es informar y educar a las Madres Sustitutas sobre las actividades peligrosas y nocivas para menores de edad, tal como lo establece la Resolución 1796 del 27 de abril de 2018. El taller busca sensibilizar a padres, educadores y responsables de políticas sobre la importancia de prevenir y eliminar estas prácticas para proteger la salud y el bienestar de los menores.*

Para entrar al contexto del tema se decide realizar una dinámica rompe hielo denominada **"El Mapa de Riesgos"** fomentar el pensamiento crítico y la discusión sobre las actividades prohibidas para menores, preparando a los participantes para el contenido del taller.

Dando continuidad al taller se aborda, definiendo el concepto de

Qué es la Resolución 1796?

- Descripción general: Por la cual se actualiza el listado de las actividades peligrosas que por su naturaleza o condiciones de trabajo son nocivas para la salud e integridad física o psicológica de los menores de 18 años Fecha de emisión: 27 de abril de 2018.
- Autoridad emisora: Ministerio del Trabajo u organismo pertinente.

Powered by CamScanner

Objetivos de la Resolución

- Proteger la salud física y mental de los menores.
- Asegurar el desarrollo seguro y saludable de los menores.
- Regular las actividades que pueden comprometer el bienestar y desarrollo de los menores.

Definición de Actividades Prohibidas

- Actividades que presentan un alto riesgo de lesiones físicas.
- Actividades que afectan negativamente el desarrollo mental y emocional.
- Actividades que están en contra de los derechos laborales de los menores.

Categorías de Actividades Prohibidas

- **Trabajo en Ambientes Peligrosos**: Ejemplos incluyen fábricas de productos químicos, minería, y construcción.
- **Trabajo con Maquinaria Pesada**: Incluye el manejo y operación de maquinaria que pueda causar accidentes graves.
- **Actividades Nocturnas**: Trabajo nocturno o turnos prolongados que pueden afectar el bienestar y el rendimiento académico.
- **Exposición a Sustancias Nocivas**: Actividades que implican la manipulación de sustancias tóxicas o peligrosas.

Impacto en la Salud y Bienestar de los Menores

1. **Consecuencias Físicas**

Riesgos de lesiones graves y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Efectos negativos en el desarrollo físico y el crecimiento.

2. **Consecuencias Psicológicas**

Estrés, ansiedad y problemas de salud mental.

Impacto en el rendimiento académico y en el desarrollo emocional.

3. **Consecuencias Sociales**

Dificultades en la socialización y el desarrollo de habilidades sociales.

Posibles efectos en la dinámica familiar y en las relaciones interpersonales.

estrategias para evitar exposición a actividades peligrosas en menores de edad

- **Educación y Conciencia**: Enseñar a los menores sobre los riesgos asociados con ciertas actividades y la importancia de la seguridad. Esto incluye explicarles por qué ciertas actividades son peligrosas y cómo pueden protegerse.

Powered by CamScanner

- **Supervisión Adecuada**: Asegurarse de que siempre haya un adulto responsable supervisando a los menores, especialmente en situaciones que puedan involucrar riesgos. La supervisión ayuda a prevenir situaciones peligrosas y a intervenir rápidamente si surge un problema.
- **Normas y Reglas Claras**: Establecer reglas y normas claras sobre lo que está permitido y lo que no lo está. Asegúrate de que estas reglas se comprendan y se apliquen consistentemente.
- **Ambientes Seguros**: Crear entornos seguros para que los menores realicen actividades. Por ejemplo, asegurarse de que los espacios de juego estén bien mantenidos y sean adecuados para la edad.
- **Equipamiento Adecuado**: Proporcionar el equipo de protección adecuado para las actividades que los menores realizan, como cascos, rodilleras, y otros protectores.
- **Evaluación de Riesgos**: Antes de permitir que los menores participen en una actividad, evaluar los riesgos asociados y tomar medidas para mitigarlos. Esto puede incluir la formación en primeros auxilios y la planificación para emergencias.
- **Limitación de Acceso**: Restringir el acceso a áreas o equipos que sean peligrosos. Por ejemplo, mantener herramientas peligrosas o productos químicos fuera del alcance de los menores.
- **Participación en Actividades Apropiadas para la Edad**: Asegurarse de que las actividades sean apropiadas para la edad y el desarrollo de los menores. Algunas actividades que pueden ser seguras para adultos pueden no serlo para los más jóvenes.
- **Ejemplo Personal**: Los adultos deben modelar comportamientos seguros. Los menores aprenden observando, por lo que es importante que los adultos demuestren prácticas seguras.
- **Comunicación Abierta**: Mantener una comunicación abierta con los menores sobre sus actividades y preocupaciones. Esto permite que los menores se sientan cómodos informando sobre cualquier problema o situación peligrosa.

Metodologia Utilizada

- **Presentación**: Se hizo mediante un taller teórico práctico.
- **Discusión**: Se Facilitó una discusión grupal para explorar experiencias y aplicar lo socializado durante el desarrollo de la temática.
- **Ejercicios prácticos**: Se implementó una dinámica para apropiación del tema tratado.
- **Reflexión personal**: Se invitó a los participantes a ser reflexivos y críticos frente al desarrollo de la actividad

Evidencia de los métodos utilizados





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, donde se promueve la importancia de una combinación de educación, supervisión, reglas claras y un entorno seguro para proteger a los menores de actividades peligrosas y asegurar su bienestar general.

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

Powered by CamScanner

Compromiso 1: Poner en práctica lo aprendido durante el taller	*Madres Sustitutas*	*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: N/A	Hora: N/A	Lugar: N/A
Colaborador que elabora el acta:	Derly Liliana Hoyos Muñoz-Gestor de caso		

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACION

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FT-PI-68	1/29/2024
Version 3	Pagina 1 de 1
Clasificación de la información: Publica	

ACTIVIDAD: Actividades Peligrosas y nocivas Es. 1796 FECHA 31/07/2024.

HORA INICIAL: 9:00 am HORA FINAL: 10:00 am. LUGAR Oficina Yo me Cuido.

DEPENDENCIA LIDER: Dorly Liliana Hoyos M - 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	Diana Patricia Barragán	1083895004	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	3162110228	—		
2	Yeni Andrea Rojas.	36293823	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	3146622315	—		
3	Yasmin Urbano.	26515586	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	36834901	—		
4	Yuli Andrea Rojas.	1083893144	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3249706124	—		
5	Karen Dayana Calel	1083893414	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3229080277	—	KAREN.	
6	Omaira Diaz Molina	36295584	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	3144728447	—		
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-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022

FECHA: 31 de Julio 2024 HORA: 9.00 am

LUGAR: Oficina FS Yo te cuido. TEMA: Actividades peligrosas y nocivas RS 1796.

DATOS DEL CAPACITADOR: Dady Liliana Hurtado M - 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:	✓			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	X			
3. La calidad del contenido fue de calidad durante todo la pedagogía.	✓			
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.	✓			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	X			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

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

FECHA: 31 Julio 2024 HORA: 9:00 am

LUGAR: Oficina FS Yo te cuido. TEMA: Actividades peligrosas y medidas preventivas.

DATOS DEL CAPACITADOR: Dany Ulloa Ulloa H – Gestor de casos.

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.	NO			

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

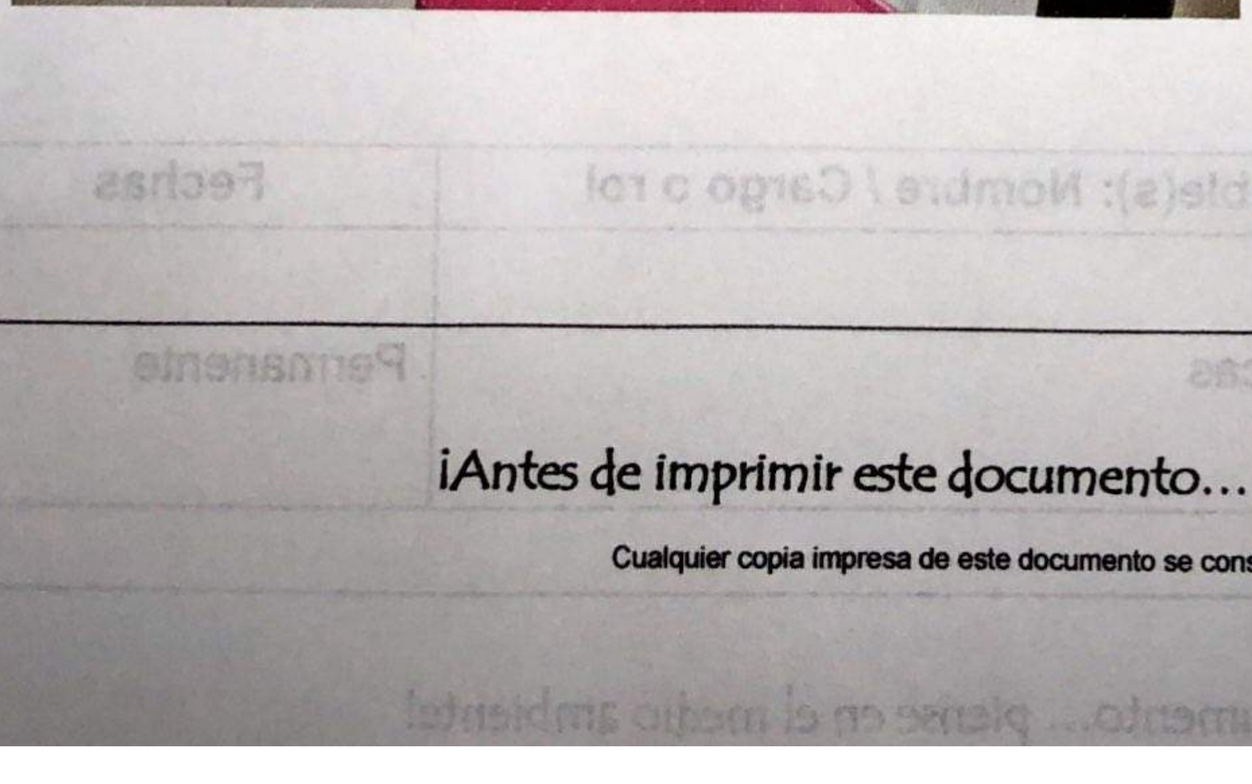
Para poder hacerlo bien es importante definir muy claramente cuál es la conducta, el hecho o el comportamiento que nos molesta y describirlo de la forma más clara y sencilla posible sin hacer uso de insultos y agresiones.

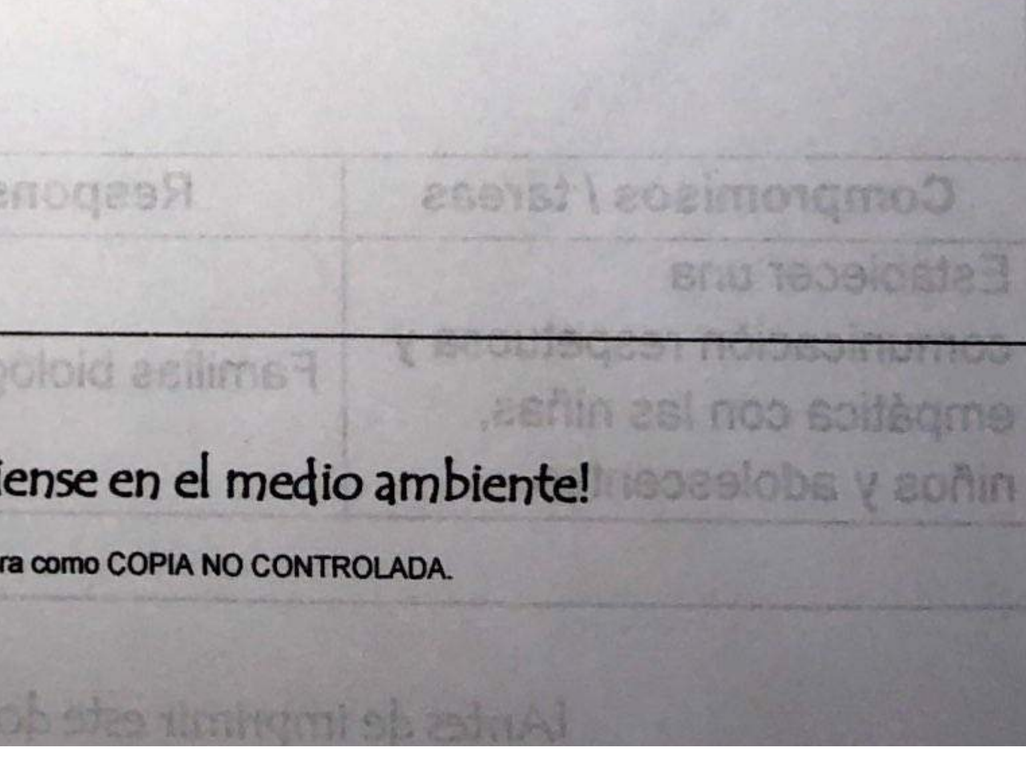
2. _Describir cómo me siento ante dicha conducta.
Informar cómo nos hace sentir la conducta y no el sujeto. Es difícil que la otra persona se sienta atacada por hechos o descripciones que nos hacen sentir de una cierta manera ya que de este modo se le desculpabiliza.

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

Fwd: RE: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario <portabilidad@mallamaseps.com>
Fecha 2024-07-15 16:59

Garzón, 15 de julio 2024

Señores

E.P.S MALLAMAS

Cordial Saludo,

De acuerdo con el correo que antecede, me permito realizar la solicitud formal para la respectiva actualización de los datos en la EPS MALLAMAS de la menor Luz Ángela Sierra Villani, identificada con T.I. 1061544611.

A continuación, detallo la nueva información de residencia temporal y de contacto para su actualización en los registros de la EPS:

- **Nombre Completo:** Luz Ángela Sierra Villani
- **Número de Tarjeta de Identidad:** T.I. 1061544611
- **Residencia Temporal:** Carrera 1B N° 3 Bis-25, Las Palmas, Garzón, Huila
- **Número de Teléfono:** 321 428 7301
- **Correo Electrónico de Contacto:** rojasclaraines94@gmail.com
- **Correo Electrónico de la Fundación:** hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com

Es importante informar que la menor se encuentra actualmente bajo la protección del ICBF, en un proceso de restablecimiento de derechos, por lo cual no se pueden establecer fechas ni tiempo de duración de esta situación.

Agradecemos de antemano su colaboración en este proceso de actualización y quedamos atentos a cualquier información adicional que pueda ser requerida para proceder con esta solicitud.

Anexo Copia Documento identidad.

Quedamos a la espera de su pronta respuesta.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: RE: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI
Fecha: 2024-07-15 11:56
De: Portabilidad Mallamas EPSI <portabilidad@mallamaseps.com>
Destinatario:"hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com" <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>

Cordial saludo

Me permito informar que para dar trámite a su solicitud de portabilidad debe anexar la siguiente documentación: solicitud de portabilidad debe incluir el lugar de residencia temporal, el tiempo de estadía, número de teléfono, correo electrónico, copia de documento de identidad, si la solicitud es por trabajo debe adjuntar certificado laboral, si es por estudio debe adjuntar certificado estudiantil, solicitud firmada.

si no cuenta con esta documentación, no se dará tramite a su solicitud.

Adjuntar toda la documentación solicitada al correo de portabilidad@mallamaseps.com

Atentamente,

Yolanda Taimal

P.U. Afiliación y administración de base de datos

ING. JHON JAIRO BASTIDAS
COORDINACIÓN DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

Teléfono: (0927) 738725 - 738726 - 732954 - 733376 - 731751 - 255600 ext 211,212,213,230,232
Celular: 3152160737
Linea Gratuita Nacional: 018000913701 (Atención 24 horas)
portabilidad@mallamaseps.com
Cra 1 Norte No. 4 - 56 Avenida Panamericana

Ipiales, Nariño
Página Web: www.mallamaseps.com

Mallamas EPS Indígena
¡El Autocuidado en Salud para un Buen Vivir!

Este email se envía en virtud de la Ley 527 del 18 de agosto de 1999 y la Ley 962 del 8 de julio de 2005, las cuales establecen que la información tramitada por este medio tiene total validez y es objeto de plena prueba.
1495493767121_image001.png
Ante de imprimir este correo electrónico, piense bien si es necesario hacerlo: El medio ambiente es cuestión de todos.

De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Enviado: lunes, 15 de julio de 2024 10:29
Para: Portabilidad Mallamas EPSI <portabilidad@mallamaseps.com>
Asunto: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

Garzón, 15 de julio 2024

Señores
E.P.S MALLAMAS

Cordial Saludo,

De acuerdo al correo que antecede, me permito realizar la solicitud formal para la respectiva actualización de los datos en la EPS MALLAMAS, se informa la actualización de los datos correspondientes a tarjeta de identidad de la Menor **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** Identificada con **T.I. 1061544611,** como Fundacion Social Yo te Cuido nos permitimos solicitar de manera respetuosa la actualización y traslado de punto de atención de la niña en mención al municipio de Garzón Huila, La menor se encuentra actualmente en un proceso de restablecimiento de derechos, y es de suma importancia que pueda acceder a los servicios de salud y valoraciones médicas necesarias en su nueva ubicación.

Anexo Documento de Identidad LUZ ANGELA SIERA VILLANI.

Quedamos a la espera de su pronta y eficaz respuesta.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ
GESTORA DE CASO
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

-------- Mensaje Original --------
Asunto: RE: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI
Fecha: 2024-07-02 13:51
De: Portabilidad Mallamas EPSI <portabilidad@mallamaseps.com>
Destinatario:"hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com" <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>

Cordial saludo

Me permito informar que verificando la base empresarial de Mallamas EPS-I, la menor Luz Angela Sierra identificada con RC 1061544611, se encuentra suspendida por inconsistencia, usuaria tiene 7 años cuatro meses, por lo tanto, debe realizar la actualización a tarjeta de identidad, favor enviar dicho documento o contraseña para realizar activación de la menor antes mencionada y así no tener inconvenientes en el trámite de portabilidad.

Atentamente,

Yolanda Taimal
P.U. Afiliación y administración de base de datos

ING. JHON JAIRO BASTIDAS
COORDINACIÓN DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

Teléfono: (0927) 738725 - 738726 - 732954 - 733376 - 731751 - 255600 ext 211,212,213,230,232
Celular: 3152160737
Linea Gratuita Nacional: 018000913701 (Atención 24 horas)
portabilidad@mallamaseps.com
Cra 1 Norte No. 4 - 56 Avenida Panamericana

Ipiales, Nariño
Página Web: www.mallamaseps.com

Mallamas EPS Indígena
¡El Autocuidado en Salud para un Buen Vivir!

Este email se envía en virtud de la Ley 527 del 18 de agosto de 1999 y la Ley 962 del 8 de julio de 2005, las cuales establecen que la información tramitada por este medio tiene total validez y es objeto de plena prueba.
1495493767121_image001.png
Ante de imprimir este correo electrónico, piense bien si es necesario hacerlo: El medio ambiente es cuestión de todos.

De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Enviado: martes, 2 de julio de 2024 10:29
Para: Portabilidad Mallamas EPSI <portabilidad@mallamaseps.com>; Aseguramiento <aseguramiento@mallamaeps.com>
Asunto: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

Señores
E.P.S MALLAMAS

Cordial Saludo,

La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto, nos permitimos solicitar traslado de punto de atención de la niña **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** con registro civil **No. 1061544611,** al municipio de Garzón Huila.

Agradeceríamos su pronta atención a este asunto, ya que es fundamental para el bienestar y la salud de SHAROL NIKOL.

Anexo Documento de portabilidad.

Quedamos a la espera de su pronta y eficaz respuesta.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ
T.P 176642
GESTORA DE CASO
FUNDACION 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

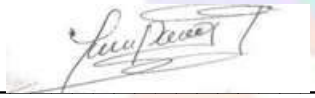
CERTIFICA

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, se llevo a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio, en las cuales se verifico el cumplimiento en el registro de experiencias, como se relaciona a continuación:

1. Municipio de Pitalito: los días 29,30,31 de julio del 2024.
2. Municipio de la plata: los días del 08 al 30 de julio del 2024,
3. Municipio de Garzon: los días 29,30,31 de julio del 2024

Neiva – 08 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

ACTA ESTUDIO DE CASO_HERMANAS MUÑOZ_TARQUI

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Comisariadefamilia <comisariadefamilia@tarqui-huila.gov.co>
Fecha 2024-07-09 11:31

ACTA COMISARÍA TARQUI JUNIO.pdf (~1.8 MB)

Garzón, 09 julio Huila

Señores

Comisaria de Familia

Tarqui - Huila

De acuerdo a los compromisos realizados en día 20 de junio 2024, en la reunión de caso de las Hermanas Muñoz, se envía acta de la Reunión con los respectivos insumos y compromisos establecidos.

Anexo Acta en Documento Word.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

PETICION ASIGNACION DE CITA_JESUS DANIEL VALENCIA SACANAMBOY

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario <citasweb.hospital@huhmp.gov.co>, <hospital.universitario@huhmp.gov.co>
Fecha 2024-07-02 10:03

CamScanner 27-06-2024 09.39.pdf (~1.5 MB)

SEÑORES

HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

Neiva Huila

Saludo Cordial

Buen día, la Fundación social YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, cuyo objetivo es: Brindar atención a los niños, niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, con la ubicación en la modalidad Hogar Sustituto; de manera muy atenta me permito solicitar de su apoyo para la asignación de cita para LA CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMINETO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA para el usuario **JESUS DANIEL VALENCIA SACANAMBOY** identificado con R.C 1082130780, Teniendo en cuenta que la madre sustituta VIANEY GALINDO quien se encuentra a cargo del niño quien manifiesta "Me he comunicado en reiteradas ocasiones con los números que me indicaron y hasta la fecha no he obtenido respuesta".

Lo anterior con el fin de garantizar los derechos fundamentales a la salud seguridad social y vida que le asiste como sujeto de especial protección constitucional.

Agradezco su pronta colaboración y eficaz respuesta.

Atentamente

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

TP. 176642

Gestora de Caso

Fundación Social Yo te Cuido - Modalidad Hogares Sustitutos

ANEXO ORDEN Y AUTORIZACION

INFORMACION CATALEYA GOEZ MONTOYA

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Comisariafamilia <comisariafamilia@suaza-huila.gov.co>, Coordinador1yotecuido <coordinador1yotecuido@gmail.com>
Fecha 2024-07-06 13:29

MEDICAMENTO CATALEYA GOEZ.pdf (~224 KB) CATALEYA GOEZ MONTOYA .pdf (~1.0 MB) ACTA DE COLOCACIÓN CATALEYA .pdf (~681 KB)
ADREES CATALEYA.pdf (~224 KB)

Garzón, 06 julio 2024

Doctora

Laura Natalia Valenzuela Bermúdez

Comisaria de Familia Suaza (H)

Saludo Cordial,

Buen día, de conformidad al correo que antecede comedidamente me permito adjuntar al presente correo, acta de colocación debidamente firmada de la niña CATALEYA GOEZ MONTOYA, identificada con registro civil No. 1.077.856.836.

Conforme a lo anterior, solicitamos respetuosamente la portabilidad de afiliación de la niña al municipio de Garzón, con el propósito de gestionar adecuadamente las acciones pertinentes dentro del sistema de salud. Actualmente, la niña está afiliada a ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S "SAVIA SALUD EPS", bajo el régimen subsidiado.

Agradecemos de antemano la atención prestada a esta solicitud y quedamos a disposición para cualquier información adicional que sea requerida para el trámite correspondiente.

Se Adjunta; ADREES, ACTA DE COLOCACION, EGRESO DEL H.S.V.P, PLAN DE MANEJO.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

T.P 776642

PROFESION EN PSICOLOGIA/GESTORA DE CASO - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: Re: Solicitud cupo hogar sustituto
Fecha: 2024-07-06 08:04
De: comisariafamilia comisariafamilia <comisariafamilia@suaza-huila.gov.co>
Destinatario: "coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com" <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>
Cc: Kelicer Cicery Motta <Kelicer.Cicery@icbf.gov.co>, Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>, HSGESTORDECASOGARZON <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>, HSPSICOLOGIAGARZON <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>, "hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com" <HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com>, "NUTRICIONISTAZONASHS@fundacionyotecuido.com" <NUTRICIONISTAZONASHS@fundacionyotecuido.com>, "coordinador1yotecuido@gmail.com" <coordinador1yotecuido@gmail.com>, "coordinador2yotecuido@gmail.com" <coordinador2yotecuido@gmail.com>

Buen día, de conformidad al correo que antecede comedidamente me permito remitir adjunto la respectiva acta de reubicación, de igual manera se solicita que la madre sustituta asignada se presente de manera inmediata en el hospital Dptal San Vicente de Paul, área de hospitalización pediátrica donde se encuentra la niña Cataleya, por cuanto se requiere el acompañamiento y estén pendientes del egreso de la niña.

Una vez el acta sea firmada por la madre sustituta por favor remitir para que obre dentro del PARD.

Agradezco su atención,

Cordialmente;

El vie, 5 jul 2024 a las 19:39, coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com (<coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>) escribió:

> Doctor
> **Laura Natalia Valenzuela Bermúdez**

Comisaria de Familia Suaza (H)

Cordial saludo,

Dando alcance al correo que antecede se re-asigna el cupo para la menor CATALEYA GOEZ MONTOYA de 9 meses de edad, en la unidad de servicio de la señora en el municipio de Garzón:

OLGA LUCIA TRIANA	1077856836	CALLE 16 # 2-70 RESERVAS DE GARZON	3138486593	luciatriana50@gmail.com

Los datos del equipo que dará continuidad al proceso de atención de la usuaria está conformado por las siguientes profesionales

Equipo del Municipio de Garzón:

Laura Alejandra Fernandez	Psicologa	3222386509	HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com
Karen Yesenia Alvarez Caicedo	Trabajadora Social	3138249598	HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com
Hamara Paez	Nutricionista	320 3410489	NUTRICIONISTAZONASHS@fundacionyotecuido.com
Jessica Lorena Garzon Rodriguez	Gestor Caso	3142415613	HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com

Cordialmente,

Fabian Andres Lamilla G.
Coordinador Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo Te Cuido
Contacto 3147846983

From: coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>
Sent: Thursday, July 4, 2024 11:01 AM
To: comisariafamilia comisariafamilia <comisariafamilia@suaza-huila.gov.co>
Cc: Kelicer Cicery Motta <Kelicer.Cicery@icbf.gov.co>; Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>; HSGESTORDECASOGARZON <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>; HSPSICOLOGIAGARZON <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>; hstrabajadorasocialgarzon@fundacionyotecuido.com <HSTRABAJADORASOCIALGARZON@FUNDACIONYOTECUIDO.COM>; NUTRICIONISTAZONASHS@fundacionyotecuido.com <NUTRICIONISTAZONASHS@fundacionyotecuido.com>; coordinador1yotecuido@gmail.com <coordinador1yotecuido@gmail.com>; coordinador2yotecuido@gmail.com <coordinador2yotecuido@gmail.com>
Subject: RE: Solicitud cupo hogar sustituto

Doctor
Laura Natalia Valenzuela Bermúdez
Comisaria de Familia Suaza (H)

Cordial saludo,

Dando alcance al correo que antecede se re-asigna el cupo para la menor CATALEYA GOEZ MONTOYA de 9 meses de edad, en la unidad de servicio de la señora en el municipio de Garzón:

MARLENY FRAGUA POVEDA	26491004	CALLE 7 N° 2E-11 SANTA CLARA	3118522212	fraguamarleny0@gmail.com

Los datos del equipo que dará continuidad al proceso de atención de la usuaria está conformado por las siguientes profesionales

Equipo del Municipio de Garzón:

Laura Alejandra Fernandez	Psicologa	3222386509	HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com
Karen Yesenia Alvarez Caicedo	Trabajadora Social	3138249598	HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com
Hamara Paez	Nutricionista	320 3410489	NUTRICIONISTAZONASHS@fundacionyotecuido.com
Jessica Lorena Garzon Rodriguez	Gestor Caso	3142415613	HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com

Cordialmente,

Fabian Andres Lamilla G.
Coordinador Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo Te Cuido
Contacto 3147846983

From: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Sent: Wednesday, July 3, 2024 9:48 AM
To: COORDINADORZONA1HS <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>
Cc: Kelicer Cicery Motta <Kelicer.Cicery@icbf.gov.co>
Subject: Fwd: Solicitud cupo hogar sustituto

Buenos días

Adjunto solicitud de cupo presentada por la comisaría de Suaza. Por favor responder con copia a este correo

Obtener Outlook para iOS

De: comisariafamilia comisariafamilia <comisariafamilia@suaza-huila.gov.co>
Enviado: Wednesday, July 3, 2024 8:23:06 AM
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Cc: HSAUXILIARADMNISTRATIVOGARZON@fundacionyotecuido.com <HSAUXILIARADMNISTRATIVOGARZON@fundacionyotecuido.com>; coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>
Asunto: Solicitud cupo hogar sustituto

Buen día, comedidamente me permito remitir adjunto solicitud de la referencia con sus respectivos anexos.

Agradezco su atención, quedando atenta a una pronta y oportuna respuesta.

Cordialmente;

--

Laura Natalia Valenzuela Bermúdez
Comisaria de Familia
3104848301

****SEGUIREMOS EL CAMBIO****
2024-2027

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

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

--

Laura Natalia Valenzuela Bermúdez
Comisaria de Familia
3104848301

****SEGUIREMOS EL CAMBIO****
2024-2027

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 6		
Hora: 2:30 PM	**Fecha: 17 DE JULIO DEL 2024**	
Lugar:	*Sede administrativa Garzón*	
Dependencia que Convoca:	*Equipo multidisciplinario*	
Proceso:	*Misional – Protección – Restablecimiento de Derechos*	
Objetivo:	Capacitar a los adultos responsables y cuidadores para que puedan proporcionar una atención efectiva durante situaciones de crisis que afecten a niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Esto incluye dotarlos de herramientas prácticas y teóricas que les permitan manejar adecuadamente emociones intensas, conflictos o situaciones de estrés, asegurando así una respuesta calmada, empática y constructiva para apoyar el bienestar emocional y la seguridad de los jóvenes en momentos difíciles.	

Agenda:

- Saludo.
- Atención en crisis de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
- Cierre.
- Decisiones.

Desarrollo:

En la formación del día 17 de julio de 2024 en la jornada de 2:30 pm, con un afectuoso saludo de bienvenida, se agradeció la participación a cada una de las madres Sustitutas.

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

Damos inicio con la Identificación de situaciones que pueden desencadenar crisis emocionales en los niños, niñas y adolescentes, por medio de un folleto se da a conocer a las familias la importancia de reconocer las diferentes crisis que se pueden tener en el transcurso de la vida cotidiana.

Powered by CamScanner



¿Qué es un desastre?

Los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales, y pueden provocar muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano.

Pueden ser causados por el ser humano (incendios, conflictos bélicos, disturbios civiles, actos terroristas, contaminación química) o por la naturaleza (inundaciones, terremotos, tornados, huracanes). Muchos de los considerados "desastres naturales" son en realidad ocasionados por la acción destructora del hombre sobre la naturaleza.

Los desastres son considerados como parte de un grupo más amplio de situaciones de estrés colectivo, que surgen cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan en dicho sistema.

Tal estrés colectivo puede provenir de fuentes externas al sistema o de este mismo.

¿Qué es una crisis?

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización en una persona.

Powered by CamScanner

¿Qué es una crisis?

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización en una persona.

Se caracteriza, principalmente, por la incapacidad para enfrentar una situación, utilizando los métodos que ya se conocen para resolver problemas.

Podemos mencionar los siguientes aspectos importantes que contemplamos al definir una crisis:

• Hay un suceso precipitante (es decir, un suceso que causa la crisis).

• Es una situación imprevista.

•Hay pérdida del equilibrio emocional (de la forma acostumbrada de sentir y de expresar lo que se siente).

• Causa sufrimiento (dolor, tristeza, terror, inseguridad, enojo, rabia, impotencia...)

• Genera cambios: la crisis puede ser un peligro y desencadenar en enfermedad, pero también puede ser una oportunidad para crecer y aprender.

• Es temporal: después se recupera nuevamente el equilibrio.

• Las formas habituales en que el individuo resuelve sus problemas no funcionan en esta situación.

Decisiones:

- Mejor comprensión de los procesos de atención en crisis.
- Incremento en la confianza para tomar decisiones informadas y efectivas.
- Mejor capacidad para manejar situaciones complejas y tomar decisiones que beneficien tanto a la madre como a la familia.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Escucha activa y comprensiva	*Equipo fundación social yo te cuido y madres sustitutas*	*Permanente*
Disponibilidad y respuesta rápida	*Equipo fundación social yo te cuido y madres sustitutas*	*Permanente*
Respeto y dignidad	*Equipo fundación social yo te cuido y madres sustitutas*	*Permanente*

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS









Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Marleny Fragoso	Madre Sustituta	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Sandra M. Calderon	M. S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
[illegible]	M. S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Vianey Galindo	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
[illegible]	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
[illegible]	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
[illegible]	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Eduviges Gonzalez	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Fanny Cediel	Madre Sustituta	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Rosa Teresa Castillo	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Paola Barrera Tiga	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 5	
Hora: 03:00pm	**Fecha: 22-07-2024**
Lugar:	**CASA DE LA CULTURA MUNICIPIO DE LA PLATA**
Dependencia que Convoca:	**OPERADOR FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO EN ARTICULACION CON LA COMISARIA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE LA PLATA**
Proceso:	**Misional- Protección – Restablecimiento De Derechos.**
Objetivo:	Fortalecer en las familias sustitutas la contextualización de las actividades peligrosas y nocivos para los menores de edad, establecidos en la resolución expedida por el ministerio de trabajo No 1796 del 27 de abril 2018.

Agenda:

1. Saludo de Bienvenida
2. Socialización sobre **contextualización de las actividades peligrosas y nocivos para los menores de edad.**
3. Dudas e inquietudes por parte del personal capacitado
4. Conclusiones.

Desarrollo:

Momento 1. saludo:
El día 22 de Julio del 2024, en articulación con la comisaria de familia del municipio de la Plata, se convocó a las madres sustitutas en las instalaciones del salón principal de la casa de la cultura, el profesional Carlos Cubillo quien es invitado por la comisaria apoya la actividad, inicia la socialización con los participantes, dando la bienvenida, agradeciendo la participación, se precisa lo importante de estos espacios para la adquisición de aprendizaje y conocimientos los cuales son útiles para el fortalecimiento en las familias.

Momento 2. Socialización del Objetivo, Meta y Metodología:
Se da a conocer el tema contextualización de las actividades peligrosas y nocivos para los menores de edad, establecidos en la resolución expedida por el ministerio de trabajo No 1976 del 27 de abril del 2018, esto con el fin de cumplir la meta que el 100% de las familias sustitutas fortalezcan sus conocimientos en las actividades peligrosas y nocivos para los menores de edad, establecidos en la resolución expedida por el ministerio de trabajo.

Momento 3. Descripción Detallada de las Actividades:
Se inicia la capacitación mediante la proyección de una presentación en la cual se da a conocer la resolución 1796 de 2018 por la cual se actualiza el listado de las actividades peligrosas que por su

Powered by CamScanner

naturaleza o condiciones de trabajo son nocivas para la salud e integridad física o psicológica de los menores de 18 años y se dictan otras disposiciones.

Seguidamente se da a conocer que la Constitución Política de Colombia en su artículo 44 establece que los niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos contra toda forma de explotación laboral o económica, trabajos riesgosos y que sus derechos prevalecen sobre los derechos de los demás. Que, en concordancia con lo anterior, el artículo 45 de la Constitución Política establece un margen de protección al adolescente y a su formación integral, en el marco del bloque de constitucionalidad y la legislación vigente.
Asi mismo se expone que el Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil I y la acción inmediata para su eliminación, ratificado mediante la Ley 704 de 2001 en su artículo tercero establece que las peores formas de trabajo infantil abarcan:

- todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y la trata de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados
- la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas;
- la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes,
- el trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.

Se aclara que la Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, establece en su artículo 117 la prohibición de realizar trabajos peligrosos y nocivos a las personas menores de 18 años señalando que el Ministerio del Trabajo en colaboración con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, establecerán la clasificación de dichas actividades de acuerdo al nivel de peligro y nocividad que impliquen para los adolescentes autorizados para trabajar y la publicarán cada dos años periódicamente en distintos medios de comunicación.

En donde en el artículo 20, numerales 12 y 13, establece que los niños, niñas y adolescentes serán protegidos contra el trabajo que por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo pueda afectar su salud, integridad y seguridad o impedir el derecho a la educación y contra las peores formas de trabajo infantil, de conformidad con el Convenio 182 de la OIT. Así mismo, el artículo 35 ibídem define como edad mínima de admisión al trabajo los quince (15) años, determina que los adolescentes entre los quince (15) y diecisiete (17) años de edad (menores de 18 años) requieren la respectiva autorización expedida por el Inspector de Trabajo o, en su defecto, por el Ente Territorial Local, consagra que los adolescentes autorizados para trabajar tienen derecho a la formación y especialización que los habilite para ejercer libremente una ocupación, arte, oficio o profesión y a recibirla durante el ejercicio de su actividad laboral y dispone que los adolescentes gozarán de las protecciones laborales consagradas en el régimen laboral colombiano, en las normas que lo complementan y en los tratados y convenios internacionales ratificados por Colombia, que forman parte del Bloque de Constitucionalidad.

Powered by CamScanner

Para finalizar se da a conocer las actividades peligrosas que por su naturaleza o condiciones de trabajo no podrán realizarlos menores de 18 años. En las cuales los menores de 18 años no podrán trabajar en las actividades que los expongan a las siguientes condiciones de trabajo, las cuales son prohibidas por el riesgo que corre su salud, seguridad y desarrollo.

Durante la actividad se realizó una retroalimentación experiencial, donde exponían situaciones que habían vivido con su rol de madres sustitutas.



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

Powered by CamScanner



Momento 4. Evaluación de la Actividad:

El facilitador comunica a las participantes la importancia de evaluar el encuentro para mejorar los próximos, y para esto, deben abordar desde el conocimiento adquirido y la percepción del desarrollo del tema, considerando las actividades, enseñanzas, preparación del facilitador y la participación activa. Los

Powered by CamScanner

participantes fueron muy activos y dinámicos, se logró concientizar a las madres sustitutas en la importancia de conocer la resolución 1796 del 2018 expedida por el ministerio de trabajo.

Decisiones:

Se les recuerda a los asistentes la importancia de participar activamente a los fortalecimientos. Se agradece la participación activa, puntualidad y se les estará informando de la próxima fecha de capacitación.

En constancia de lo anterior se anexa listado de asistencia y registro fotográfico.

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
SIN COMPROMISOS		

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
CARLOS CUBILLOS	TRABAJADOR SOCIAL	Social.	
PAOLA MARIN	GESTORA DE CASO	Fundación Social Yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	POR ESTABLECER	Por establecer	Fundación Fundar sede La Plata

PÚBLICA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA	F8.P1.MI	12/06/2024
		Versión 9	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ACTIVIDAD: Actividades Religiosas FECHA 22-07-2024

HORA INICIAL: 3:00 pm HORA FINAL: 5 pm LUGAR Casa de la cultura

DEPENDENCIA LIDER: Fundacion yo te cuido

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Wilson Calder Ussa	12271814	Rda Sust	Yotecuido	Huila	La Plata	X		3217612621	[illegible]		
2	[illegible] ARANDA	55.[illegible]	M Sustituta	yotecuido	Huila	la Plata			3166036682	[illegible]		
3	Mireya Chimbaco	36.383847	M. Sustituta	Yotecuido	Huila	la plata			3143030166	m.chimbaco@gmail.com		Mireya Ch
4	Disney Garcia G.	36372703	M. sustituta	yotecuido	Huila	la plata	X		36.382.703	disneygarcia20170@hotmail.com		Disney G.
5	Dafora Cabrera Duque	1.061728[illegible]	M. sustituta	Yotecuido	huila	la plata	X		3144857335	[illegible]		[illegible]
6	ANA MILENA VALENCIA	29122846	M. SUST	YOTECUIDO	HUILA	LA PLATA			3132626213	amvalencia@hotmail.com		
7	Olga. B. Solórzano	36.381366	MSU	Yo. Te cuido	Huila	La Plata			3118796113	Olgasolorzano [illegible]		
8	Rubiela Adrian G	1081827663	P sustituta	Yo T cuido	Huila	la plata			3108846158	Adrianguzman09@hotmail.com		Cmous G
9	Olga Yolima Sanchez	36371913	MS.	yotecuido	HUILA	LA PLATA	X		3112054419	yolimasanchez@gmail.com		
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

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

Powered by CamScanner

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, el equipo de talento humano

dispuesto por la fundación social yo te cuido par la modalidad hogar sustituto participo en las actividades convocadas por el ICBF, las cuales se relacionan a continuación:

- 11 de Julio 2024 - Asistencia tecnica virtual frente a identificacion de tipos de violencia sexual y rutas de atencion que permitan prevenir estos eventos.
- 23 de julio del 2024 - Asistencia Tecnica Modelo de atencion en el municipio de Garzon.
- 15 de julio del 2024 - Aclaraciones sobre componentes tecnicos, administrativos y financieros de la modalidad en el municipio de la Plata.
- 16 de julio del 2024 - Aclaraciones sobre componentes tecnicos, administrativos y financieros de la modalidad en el municipio de Garzon.
- 24 de julio del 2024 - Aclaraciones sobre componentes tecnicos, administrativos y financieros de la modalidad en el municipio de Pitalito

Se expide en Neiva el día 06 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Fwd: RE: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Comisariadefamilia <comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co>
Fecha 2024-07-05 17:58

Garzón, 05 julio 2024

Señores

Comisaria de Familia

Acevedo - Huila

De acuerdo al correo que antecede, adjunto encontrará un resumen de las gestiones realizadas para obtener la portabilidad de la usuaria **Luz Angela Sierra Villani** por parte de la Gestora de Caso de la Fundación Yo Te Cuido.

En el proceso actual, hemos identificado la necesidad urgente de actualizar el documento de identidad de la niña. Esta actualización es crucial para asegurar su acceso continuo a servicios de salud y garantizar su derecho fundamental a la educación. Lamentablemente, debido a la falta de registro civil y tarjeta de identidad actualizados, no hemos logrado completar su vinculación de manera efectiva.

Agradecemos de antemano su atención a este asunto y cualquier dirección o apoyo adicional que pueda proporcionar para avanzar en este proceso será altamente apreciado.

Quedamos atentos a cualquier instrucción o solicitud que pueda tener al respecto.

Lo Anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

GESTORA DE CASO - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: Fwd: RE: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI
Fecha: 2024-07-02 14:22
De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com
Destinatario: Comisariadefamilia <comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co>

Doctora

ALEJANDRA MONTEZUMA

Acevedo - Huila

De acuerdo al correo que antecede, adjunto encontrará un resumen de las gestiones realizadas para obtener la portabilidad de la usuaria **Luz Angela Sierra Villani** por parte de la Gestora de Caso de la Fundación Yo Te Cuido.

En el proceso actual, hemos identificado la necesidad urgente de actualizar el documento de identidad de la niña. Esta actualización es crucial para asegurar su acceso continuo a servicios de salud y garantizar su derecho fundamental a la educación. Lamentablemente, debido a la falta de registro civil y tarjeta de identidad actualizados, no hemos logrado completar su vinculación de manera efectiva.

Agradecemos de antemano su atención a este asunto y cualquier dirección o apoyo adicional que pueda proporcionar para avanzar en este proceso será altamente apreciado.

Quedamos atentos a cualquier instrucción o solicitud que pueda tener al respecto.

Lo Anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

GESTORA DE CASO - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: RE: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI
Fecha: 2024-07-02 13:51
De: Portabilidad Mallamas EPSI <portabilidad@mallamaseps.com>
Destinatario:"hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com" <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>

Cordial saludo

Me permito informar que verificando la base empresarial de Mallamas EPS-I, la menor Luz Angela Sierra identificada con RC 1061544611, se encuentra suspendida por inconsistencia, usuaria tiene 7 años cuatro meses, por lo tanto, debe realizar la actualización a tarjeta de identidad, favor enviar dicho documento o contraseña para realizar activación de la menor antes mencionada y así no tener inconvenientes en el trámite de portabilidad.

Atentamente,

Yolanda Taimal
P.U. Afiliación y administración de base de datos

ING. JHON JAIRO BASTIDAS
COORDINACIÓN DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

Teléfono: (0927) 738725 - 738726 - 732954 - 733376 - 731751 - 255600 ext 211,212,213,230,232
Celular: 3152160737
Linea Gratuita Nacional: 018000913701 (Atención 24 horas)
portabilidad@mallamaseps.com
Cra 1 Norte No. 4 - 56 Avenida Panamericana

Ipiales, Nariño
Página Web: www.mallamaseps.com

Mallamas EPS Indígena
¡El Autocuidado en Salud para un Buen Vivir!

Este email se envía en virtud de la Ley 527 del 18 de agosto de 1999 y la Ley 962 del 8 de julio de 2005, las cuales establecen que la información tramitada por este medio tiene total validez y es objeto de plena prueba.

piense bem antes de imprimir
Ante de imprimir este correo electrónico, piense bien si es necesario hacerlo: El medio ambiente es cuestión de todos.

De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Enviado: martes, 2 de julio de 2024 10:29
Para: Portabilidad Mallamas EPSI <portabilidad@mallamaseps.com>; Aseguramiento <aseguramiento@mallamaeps.com>
Asunto: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

Señores
E.P.S MALLAMAS

Cordial Saludo,

La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto, nos permitimos solicitar traslado de punto de atención de la niña **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** con registro civil **No. 1061544611,** al municipio de Garzón Huila.

Agradeceríamos su pronta atención a este asunto, ya que es fundamental para el bienestar y la salud de SHAROL NIKOL.

Anexo Documento de portabilidad.

Quedamos a la espera de su pronta y eficaz respuesta.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ
T.P 176642
GESTORA DE CASO
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 5	
Hora: 03:00pm	**Fecha: 22-07-2024**
Lugar:	**CASA DE LA CULTURA MUNICIPIO DE LA PLATA**
Dependencia que Convoca:	**OPERADOR FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO EN ARTICULACION CON LA COMISARIA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE LA PLATA**
Proceso:	**Misional- Protección – Restablecimiento De Derechos.**
Objetivo:	Fortalecer en las familias sustitutas la contextualización de las actividades peligrosas y nocivos para los menores de edad, establecidos en la resolución expedida por el ministerio de trabajo No 1796 del 27 de abril 2018.

Agenda:

1. Saludo de Bienvenida
2. Socialización sobre **contextualización de las actividades peligrosas y nocivos para los menores de edad.**
3. Dudas e inquietudes por parte del personal capacitado
4. Conclusiones.

Desarrollo:

Momento 1. saludo:
El día 22 de Julio del 2024, en articulación con la comisaria de familia del municipio de la Plata, se convocó a las madres sustitutas en las instalaciones del salón principal de la casa de la cultura, el profesional Carlos Cubillo quien es invitado por la comisaria apoya la actividad, inicia la socialización con los participantes, dando la bienvenida, agradeciendo la participación, se precisa lo importante de estos espacios para la adquisición de aprendizaje y conocimientos los cuales son útiles para el fortalecimiento en las familias.

Momento 2. Socialización del Objetivo, Meta y Metodología:
Se da a conocer el tema contextualización de las actividades peligrosas y nocivos para los menores de edad, establecidos en la resolución expedida por el ministerio de trabajo No 1976 del 27 de abril del 2018, esto con el fin de cumplir la meta que el 100% de las familias sustitutas fortalezcan sus conocimientos en las actividades peligrosas y nocivos para los menores de edad, establecidos en la resolución expedida por el ministerio de trabajo.

Momento 3. Descripción Detallada de las Actividades:
Se inicia la capacitación mediante la proyección de una presentación en la cual se da a conocer la resolución 1796 de 2018 por la cual se actualiza el listado de las actividades peligrosas que por su

Powered by CamScanner

naturaleza o condiciones de trabajo son nocivas para la salud e integridad física o psicológica de los menores de 18 años y se dictan otras disposiciones.

Seguidamente se da a conocer que la Constitución Política de Colombia en su artículo 44 establece que los niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos contra toda forma de explotación laboral o económica, trabajos riesgosos y que sus derechos prevalecen sobre los derechos de los demás. Que, en concordancia con lo anterior, el artículo 45 de la Constitución Política establece un margen de protección al adolescente y a su formación integral, en el marco del bloque de constitucionalidad y la legislación vigente.
Asi mismo se expone que el Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil I y la acción inmediata para su eliminación, ratificado mediante la Ley 704 de 2001 en su artículo tercero establece que las peores formas de trabajo infantil abarcan:

- todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y la trata de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados
- la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas;
- la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes,
- el trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.

Se aclara que la Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, establece en su artículo 117 la prohibición de realizar trabajos peligrosos y nocivos a las personas menores de 18 años señalando que el Ministerio del Trabajo en colaboración con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, establecerán la clasificación de dichas actividades de acuerdo al nivel de peligro y nocividad que impliquen para los adolescentes autorizados para trabajar y la publicarán cada dos años periódicamente en distintos medios de comunicación.

En donde en el artículo 20, numerales 12 y 13, establece que los niños, niñas y adolescentes serán protegidos contra el trabajo que por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo pueda afectar su salud, integridad y seguridad o impedir el derecho a la educación y contra las peores formas de trabajo infantil, de conformidad con el Convenio 182 de la OIT. Así mismo, el artículo 35 ibídem define como edad mínima de admisión al trabajo los quince (15) años, determina que los adolescentes entre los quince (15) y diecisiete (17) años de edad (menores de 18 años) requieren la respectiva autorización expedida por el Inspector de Trabajo o, en su defecto, por el Ente Territorial Local, consagra que los adolescentes autorizados para trabajar tienen derecho a la formación y especialización que los habilite para ejercer libremente una ocupación, arte, oficio o profesión y a recibirla durante el ejercicio de su actividad laboral y dispone que los adolescentes gozarán de las protecciones laborales consagradas en el régimen laboral colombiano, en las normas que lo complementan y en los tratados y convenios internacionales ratificados por Colombia, que forman parte del Bloque de Constitucionalidad.

Powered by CamScanner

Para finalizar se da a conocer las actividades peligrosas que por su naturaleza o condiciones de trabajo no podrán realizarlos menores de 18 años. En las cuales los menores de 18 años no podrán trabajar en las actividades que los expongan a las siguientes condiciones de trabajo, las cuales son prohibidas por el riesgo que corre su salud, seguridad y desarrollo.

Durante la actividad se realizó una retroalimentación experiencial, donde exponían situaciones que habían vivido con su rol de madres sustitutas.



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

Powered by CamScanner



Momento 4. Evaluación de la Actividad:

El facilitador comunica a las participantes la importancia de evaluar el encuentro para mejorar los próximos, y para esto, deben abordar desde el conocimiento adquirido y la percepción del desarrollo del tema, considerando las actividades, enseñanzas, preparación del facilitador y la participación activa. Los

Powered by CamScanner

participantes fueron muy activos y dinámicos, se logró concientizar a las madres sustitutas en la importancia de conocer la resolución 1796 del 2018 expedida por el ministerio de trabajo.

Decisiones:

Se les recuerda a los asistentes la importancia de participar activamente a los fortalecimientos. Se agradece la participación activa, puntualidad y se les estará informando de la próxima fecha de capacitación.

En constancia de lo anterior se anexa listado de asistencia y registro fotográfico.

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
SIN COMPROMISOS		

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
CARLOS CUBILLOS	TRABAJADOR SOCIAL	Social.	
PAOLA MARIN	GESTORA DE CASO	Fundación Social Yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	POR ESTABLECER	Por establecer	Fundación Fundar sede La Plata

PÚBLICA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA	F8.P1.MI	12/06/2024
		Versión 9	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ACTIVIDAD: Actividades Religiosas FECHA 22-07-2024

HORA INICIAL: 3:00 pm HORA FINAL: 5 pm LUGAR Casa de la cultura

DEPENDENCIA LIDER: Fundacion yo te cuido

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Wilson Calder Ussa	12271814	Rda Sust	Yotecuido	Huila	La Plata	X		3217612621	[illegible]		
2	[illegible] ARANDA	55.[illegible]	M Sustituta	yotecuido	Huila	la Plata			3166036682	[illegible]		
3	Mireya Chimbaco	36.383847	M. Sustituta	Yotecuido	Huila	la plata			3143030166	m.chimbaco@gmail.com		Mireya Ch
4	Disney Garcia G.	36372703	M. sustituta	yotecuido	Huila	la plata	X		36.382.703	disneygarcia20170@hotmail.com		Disney G.
5	Dafora Cabrera Duque	1.061728[illegible]	M. sustituta	Yotecuido	huila	la plata	X		3144857335	[illegible]		[illegible]
6	ANA MILENA VALENCIA	29122846	M. SUST	YOTECUIDO	HUILA	LA PLATA			3132626213	amvalencia@hotmail.com		
7	Olga. B. Solórzano	36.381366	MSU	Yo. Te cuido	Huila	La Plata			3118796113	Olgasolorzano [illegible]		
8	Rubiela Adrian G	1081827663	P sustituta	Yo T cuido	Huila	la plata			3108846158	Adrianguzman09@hotmail.com		Cmous G
9	Olga Yolima Sanchez	36371913	MS.	yotecuido	HUILA	LA PLATA	X		3112054419	yolimasanchez@gmail.com		
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO 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: 20 - Agosto

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
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	16814397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita

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

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

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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	NIETO	COTACIO	FRANCY YORLAY
	Identificación: 25.464.674		
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[7] ☐ 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	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
4	—	—	—	—	—	—

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

Powered by CamScanner

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 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

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

Descripción general de lo encontrado:

Yohan: Cuenta con atenciones en salud al dia, termino seguimiento con especialidades en Psiquiatria, Psicologia y continua con Seguimiento en odontologia, Jhon Fredy: en atenciones en salud esta en lista de espera de 6) especialidades) ortopedia y psiquiatria, Psicologia tiene para el 29 de agosto. Anticon: Tiene especialidades) en salud 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 [ ] No [X]	Si [ ] No [X]	Si [ ] No [X]	Si [ ] No	Si [ ] No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]	Si [ ] No	Si [ ] No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]	Si [ ] No	Si [ ] No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]	Si [ ] No	Si [ ] No

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
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:

Yohan: tiene una buena relación con su compañeros, le gusta participar de las diferentes tareas del hogar, participa de actividad extracurricular en colegio. Jhon Freidy: le gustan los helados de ovo y algunas responsabilidades del hogar, lo mismo con Cristian; tienen buena comunicación con la madre sustituta y su red de apoyo.

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:

Todos los usuarios cuentan con la documentación al día y en carpetas debidamente legajada; documentos al día según la necesidad de cada uno

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)

Powered by CamScanner

La dotación de los uniformes en buenas condiciones, completo con su debido orden, cuentan todos con sus útiles de aseo personal, su ropa limpia y debidamente, evidenciando el orden.

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:

Documentos al día, certificados medicos actualizados a la fecha, red de apoyo con documentos al día.

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	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 casa con una higiene adecuada, todo en su debido orden, alimentos debidamente rotulados, horas limpias,

Powered by CamScanner

ropas organizadas en su lugar, tapetes debidamente guardados, Piso limpio, paredes limpias.

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

Continuar con la dedicación por la tarea, continuar dando el amor y acogimiento a los hijos.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

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.

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		visita FRANCY YORLAY NIETO COTACIO
Firma de la persona que realiza la visita Shirley Gonzalez.		Firma de la persona que recibe la visita Francy Nieto
CC. 1081397052	TP 172058	CC. 25.464.874 DE INZA - CAUCA
Celular: 3147988239		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.**

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

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 Agosto	CENTRO ZONAL	La plata.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Francy Yorley Nieto Calucio.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	SI		2.	0002666391	20/12/2024.
				0002666391	20/12/2024.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	SI.		Las condiciones de almacenamiento son acdas para el suplemento alimenticio.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Continuar con la implementacion del alimento (Biesbrino) en las diferentes preparaciones.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Francy Nieto	Shirley Contellet.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Implementos de aseo en buenas condiciones.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yohan Jojoa

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Fiana Pieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez.

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

OBSERVACION GENERAL
Indumentaria de aseo en buenas condiciones.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Jhon Fredy

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

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

OBSERVACION GENERAL
Su indumentaria de aseo permanece en un lugar adecuado.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Cristian Acosta

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Francy Catalina Nieto.

Dirección: Cll 19A H 1A-36E.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.		X
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		X
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.		X
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	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La Unidad en condiciones adecuadas para la prestación del servicio.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Nury Shirley Gonzalez Ordoñez

Firma de la persona que realiza la verificación

Shirley Gonzalez.

CC. 1081397052 | TP. 178058

Celular: 3147988134.

Correo electrónico:

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 PSYTC-0006- 01/06/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/06/2022

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:

CENTRO ZONAL:

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

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

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

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizado?	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:

Francy Prieto

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

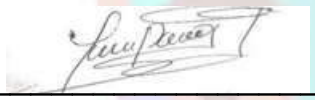
LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, cuenta con un cronograma de semana de fortalecimiento familiar a las madres sustitutas el cual fue construido y enviado a las supervisoras del contrato al inicio del mismo.

Neiva, 06 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

Desarrollo:

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

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

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

PUBLICA

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

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

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

Durante la valoración multidisciplinaria se evalúan 3 componentes:

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

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

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

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

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

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

PUBLICA

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

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

Evidencias fotográficas





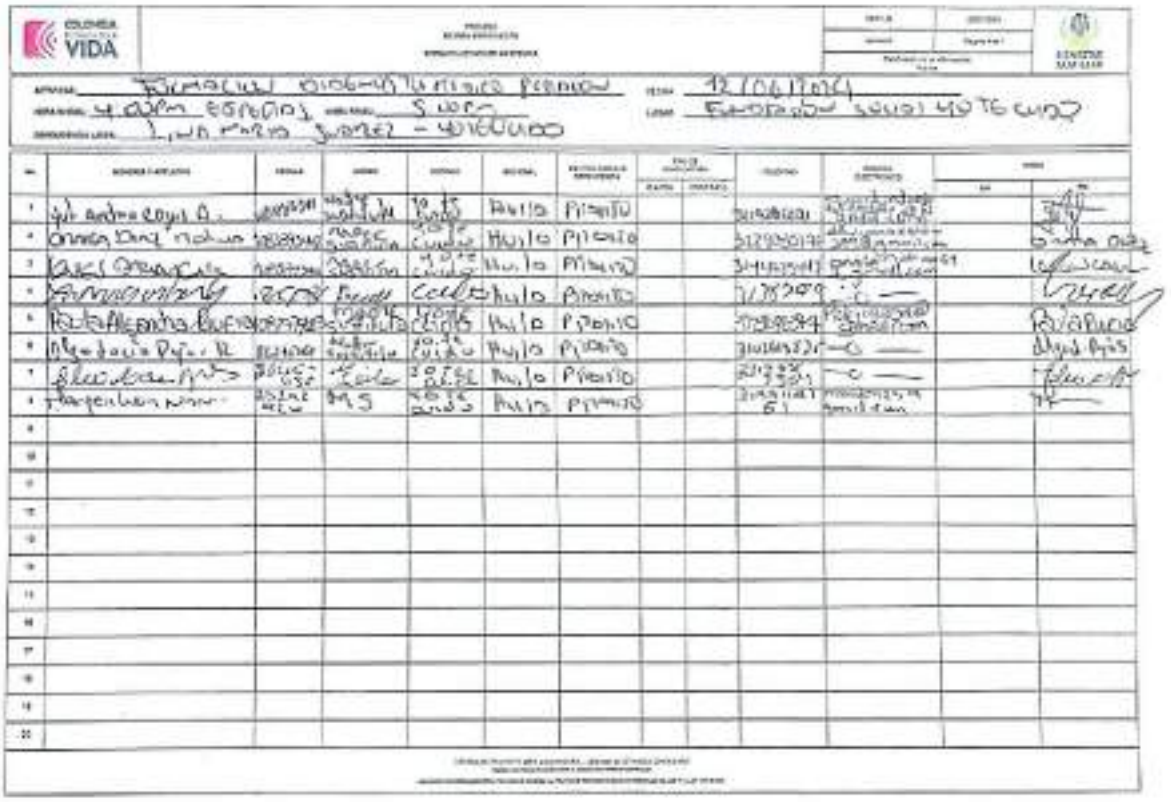




Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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

REGISTRO FOTOGRAFICO



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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 06		
Hora: 9:00 A.M		**Fecha:** 22 DE JULIO DEL AÑO 2024
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede Garzón	
Dependencia que Convoca:	Coordinación modalidad Hogar sustituto	
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos	
Objetivo:	**Realizar jornada de capacitación al talento humano de la modalidad Hogar Sustituto de la fundación social yo te cuido frente a acciones que fortalezcan las capacidades de liderazgo que permitan interiorizar habilidades que sirven para conducir y acompañar los beneficiarios, madres sustitutas, familias biológicas y demás personal vinculado a la atención.**	

Agenda:

a. Saludo y bienvenida
b. Desarrollo: Jornada de orientación sobre liderazgo
c. Conclusiones y recomendaciones

Desarrollo:

1. Saludo

Siendo las 9:00 am del día 22 de julio del año 2024 se da inicio a jornada de capacitación con el talento humano el cual busca fortalecer las habilidades de liderazgo de cada uno de los profesionales vinculados a la modalidad, para de esta manera cuenten con las herramientas que les permitan orientar a las madres sustitutas, usuarios y familias biológicas frente a las acciones que permitan la garantía de derechos de todos los usuarios.

Durante el desarrollo de la jornada se contó con la participación de los coordinadores Fabian Lamilla y Paola Marín así como los integrantes del equipo psicosocial y auxiliar administrativa del municipio de Garzón.

2. Desarrollo

Se da inicio al desarrollo de la temática con la proyección de un video https://www.youtube.com/watch?v=jW5KN4Kvpw0 , a través del cual se generó un conversatorio frente a la importancia de ser un buen líder, y como estos influyen de manera positiva en la vida de los demás y el las decisiones que tomen las personas que se encuentran bajo su guía y acompañamiento.

Seguidamente se procedió a aclarar algunos conceptos como:

1. ¿Qué es el liderazgo?

La definición de liderazgo abarca varios aspectos, un claro resumen de ellos es el que sigue:

- El liderazgo es la capacidad que tiene una persona de influir, motivar, organizar y llevar a cabo acciones para lograr sus fines y objetivos que involucren a personas y grupos en una marco de valores.

PÚBLICA

- El liderazgo es un potencial y se puede desarrollar de diferentes formas y en situaciones muy diferentes unas de otras. Se relaciona de manera muy estrecha con el cambio y con la transformación personal y colectiva.
- El liderazgo es una oportunidad, puede ser ejercido por muchas personas en medios variados: educativo, familiar, deportivo, profesional, científico, social, militar, político…
- El liderazgo es una capacidad que se desarrolla a partir de un potencial variado en personas y grupos.

Por tanto, el liderazgo es una influencia y motivación en los demás, transforma a personas y a grupos, es una oportunidad y es un potencial.

2. Características principales de un líder:

Habilidad de utilizar el poder de forma eficiente y responsable. El líder debe saber redireccionar el poder, sin abusar del mismo y usándolo con responsabilidad. Si actúan de forma autoritaria se estarán equivocando y perderán su posición.

Habilidad de comprender que todos los seres humanos tienen distintas motivaciones. Las fuerzas motivadoras de una persona pueden variar con la ocasión y la situación. El líder debe entender las formas de actuar de un empleado y sus circunstancias. Por tanto debe prever diferentes tipos de motivación acordes a cada una de las situaciones para conseguir la estabilidad de su grupo.

Habilidad de inspirar. Para saber qué es el liderazgo hay que entender que la capacidad de inspirar es algo esencial en un líder, este debe inspirar a los miembros del grupo al que dirige. Al hablar de inspirar nos referimos al ejemplo que da como referencia a los demás.

Habilidad de actuar de manera que exista un clima que invite a responder y suscitar a las motivaciones. El entorno o clima laboral es un aspecto muy relevante, por este motivo el líder debe ocuparse de mantenerlo en equilibrio y como fuente de motivación.

3. Tipos de liderazgo

Se dan varios **tipos de liderazgo** y estos van íntimamente ligados al contexto en el que se encuentra la persona. De un lado, se tiene en cuenta el **sector** en el que trabaja, **la empresa** en cuestión en la que ejerce su función, el lugar geográfico en el que están ubicados y las características y la situación socioeconómica y cultural del país donde opera.

Dicho esto, destacamos **cinco tipos de liderazgo** que destaca el autor especialista en la materia **Daniel Goleman**, que cuenta con una importante bibliografía a este respecto –'Liderazgo'; 'Cómo ser un buen líder'. En uno de estos, en el título 'Leadership that gets results' ('Inteligencia emocional en las empresas'), es donde explica al detalle estos perfiles de líderes que se dan en el mundo actual:

PUBLICA

1. **Liderazgo coercitivo o autoritario**. Su esencia está en la disciplina y para ello suelen emplear mandatos cortos, precisos, concretos. Si se incumple lo ordenado se castiga con ciertas conductas o situaciones. Esto genera climas de estrés, nerviosismo y presión y acaba con una demostración general del equipo.

2. **Liderazgo democrático**. La base es tener en cuenta todas las opiniones y los criterios a la hora de tomar decisiones. Esto facilita el sentimiento de pertenencia entre los miembros del grupo y, bien llevado, mejora notablemente el bienestar de los integrantes del equipo.

3. **Liderazgo afiliativo**. Ese sentimiento de pertenencia que apuntamos en el tipo de liderazgo anterior es más potente en este caso. Aquí se apuesta por crear buena sintonía entre los trabajadores y colaboradores, generando lazos que van más allá de lo profesional puro y duro.

4. **Liderazgo visionario u orientativo**. Aquí sale a escena una de las habilidades más importantes de un buen líder, ese espíritu visionario y motivador para los compañeros de oficina. Parte de una idea, un objetivo en el horizonte, y de ir motivando a los trabajadores para alcanzar tal fin. Es de los **modelos de liderazgo** que más se practican en estos momentos puesto que confía en la horizontalidad dentro del organigrama corporativo.

5. **Liderazgo timonel**. En este caso el profesional que dirige el equipo se ocupa de marcar un rumbo, una meta al frente, e ir dirigiendo los pasos de todos, siempre consiguiendo que se vinculen de manera muy activa y que sean proactivos para proponer cambios y dar alternativas que mejoren el resultado.



4. ¿Cómo ser un buen líder? Habilidades de liderazgo

Las habilidades de liderazgo ‘blandas’ son probablemente las más importantes cuando se trata de saber cómo llegar a ser un buen líder. En los perfiles citados en el punto anterior se observan algunas de estas cualidades que se citan a continuación. Además existen informes e investigaciones que ponen de relieve de qué soft skills hablamos al tratar a este respecto y destacamos las apuntadas por la consultora Boston Consulting Group en un estudio para el cual ha contado con hasta 4.000 profesionales para llegar a estas conclusiones:

- Empatía

PÚBLICA

- Capacidad de escucha
- Atención al desarrollo profesional-personal de profesionales del equipo de trabajo
- Capacidad para cuestionarse actuaciones
- Adaptabilidad
- Gestión de la incertidumbre
- Flexibilidad

Estas habilidades de liderazgo son consideradas de gran valor para que una persona llegue a ejercer como un buen líder dentro de una organización. Para llegar a ellas es imprescindible la formación, de ahí que junto a las soft skills sean determinantes otros conocimientos técnicos, de estrategia y gestión empresarial.



Por ultimo se orienta al equipo que ellos juegan un papel fundamental en la vida de cada uno de los beneficiarios atendidos desde la modalidad pues de las capacidades que se tenga para orientar y acompañar el proceso depende el avance, se recalca la importancia de reconocer que nos enfrentamos a usuarios que han vivido situaciones de vida difíciles y que en medio de las mis dificultades que presenten ellos siempre están buscando de la guía y acompañamiento de un profesional.

Importante resaltar la importancia de aplicar cada uno de los tips bridados durante la capacitación a fin de fortalecer sus habilidades propias e identificar aquellos aspectos que a nivel tanto individual como grupal estamos fallando para buscar la solución y asi llegar a ser los buenos lideres que necesitan nuestros niños, niñas y adolescente de la modalidad Hogar Sustituto.

2. Compromisos

Dar cumplimiento a cada una de las actividades y seguir las recomendaciones a fin de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la modalidad, asi como generar esas acciones desde un buen líder para guiar la toma de decisiones de los usuarios.

PÚBLICA

3. Evidencias fotográficas,





Decisiones:

- Cumplir y aplicar los tips de liderazgo brindados durante la jornada-

Compromisos / tareas	**Responsable(s): Nombre / Cargo o rol**	**Fechas**
Cumplir y aplicar los tips de liderazgo brindados durante la jornada-	Equipo psicosocial – coordinación sede Garzón	constantemente

FIRMA ASISTENTES

Nombre Se lista **mínimo**: quien preside la reunión/comité y los responsables de cumplir los compromisos adquiridos. No obstante, si la reunión o Comité es soportada por una resolución o acuerdo, dependerá de lo establecido en dicho acto administrativo o lo que definan los asistentes.	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Paola Andrea Marín González	coordinadora	Fundación social yo te cuido	
Fabian Andrés Lamilla Galvis	Coordinador	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión (en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Agosto 2024	8:00 A.M	Fundación social yo te cuido
Colaborador que elabora el acta:	Paola Andrea Marín González		

PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 07		
Hora: 2:00 A.M		**Fecha:** 23 DE JULIO DEL AÑO 2024
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede Pitalito	
Dependencia que Convoca:	Coordinación modalidad Hogar sustituto	
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos	
Objetivo:	**Realizar jornada de capacitación al talento humano de la modalidad Hogar Sustituto de la fundación social yo te cuido frente a acciones que fortalezcan las capacidades de liderazgo que permitan interiorizar habilidades que sirven para conducir y acompañar los beneficiarios, madres sustitutas, familias biológicas y demás personal vinculado a la atención.**	

Agenda:

a. Saludo y bienvenida
b. Desarrollo: Jornada de orientación sobre liderazgo
c. Conclusiones y recomendaciones

Desarrollo:

1. Saludo

Siendo las 2:30 pm del día 23 de julio del año 2024 se da inicio a jornada de capacitación con el talento humano el cual busca fortalecer las habilidades de liderazgo de cada uno de los profesionales vinculados a la modalidad, para de esta manera cuenten con las herramientas que les permitan orientar a las madres sustitutas, usuarios y familias biológicas frente a las acciones que permitan la garantía de derechos de todos los usuarios.

Durante el desarrollo de la jornada se contó con la participación de los coordinadores Fabian Lamilla y Paola Marín así como los integrantes del equipo psicosocial y auxiliar administrativa del municipio de Pitalito

2. Desarrollo

Se da inicio al desarrollo de la temática con la proyección de un video https://www.youtube.com/watch?v=jW5KN4Kvpw0 , a través del cual se generó un conversatorio frente a la importancia de ser un buen líder, y como estos influyen de manera positiva en la vida de los demás y el las decisiones que tomen las personas que se encuentran bajo su guía y acompañamiento.

Seguidamente se procedió a aclarar algunos conceptos como:

1. ¿Qué es el liderazgo?

La definición de liderazgo abarca varios aspectos, un claro resumen de ellos es el que sigue:

- El liderazgo es la capacidad que tiene una persona de influir, motivar, organizar y llevar a cabo acciones para lograr sus fines y objetivos que involucren a personas y grupos en una marco de valores.

PÚBLICA

- El liderazgo es un potencial y se puede desarrollar de diferentes formas y en situaciones muy diferentes unas de otras. Se relaciona de manera muy estrecha con el cambio y con la transformación personal y colectiva.
- El liderazgo es una oportunidad, puede ser ejercido por muchas personas en medios variados: educativo, familiar, deportivo, profesional, científico, social, militar, político…
- El liderazgo es una capacidad que se desarrolla a partir de un potencial variado en personas y grupos.

Por tanto, el liderazgo es una influencia y motivación en los demás, transforma a personas y a grupos, es una oportunidad y es un potencial.

2. Características principales de un líder:

Habilidad de utilizar el poder de forma eficiente y responsable. El líder debe saber redireccionar el poder, sin abusar del mismo y usándolo con responsabilidad. Si actúan de forma autoritaria se estarán equivocando y perderán su posición.

Habilidad de comprender que todos los seres humanos tienen distintas motivaciones. Las fuerzas motivadoras de una persona pueden variar con la ocasión y la situación. El líder debe entender las formas de actuar de un empleado y sus circunstancias. Por tanto debe prever diferentes tipos de motivación acordes a cada una de las situaciones para conseguir la estabilidad de su grupo.

Habilidad de inspirar. Para saber qué es el liderazgo hay que entender que la capacidad de inspirar es algo esencial en un líder, este debe inspirar a los miembros del grupo al que dirige. Al hablar de inspirar nos referimos al ejemplo que da como referencia a los demás.

Habilidad de actuar de manera que exista un clima que invite a responder y suscitar a las motivaciones. El entorno o clima laboral es un aspecto muy relevante, por este motivo el líder debe ocuparse de mantenerlo en equilibrio y como fuente de motivación.

3. Tipos de liderazgo

Se dan varios **tipos de liderazgo** y estos van íntimamente ligados al contexto en el que se encuentra la persona. De un lado, se tiene en cuenta el **sector** en el que trabaja, **la empresa** en cuestión en la que ejerce su función, el lugar geográfico en el que están ubicados y las características y la situación socioeconómica y cultural del país donde opera.

Dicho esto, destacamos **cinco tipos de liderazgo** que destaca el autor especialista en la materia **Daniel Goleman**, que cuenta con una importante bibliografía a este respecto –'Liderazgo'; 'Cómo ser un buen líder'. En uno de estos, en el título 'Leadership that gets results' ('Inteligencia emocional en las empresas'), es donde explica al detalle estos perfiles de líderes que se dan en el mundo actual:

PUBLICA

1. **Liderazgo coercitivo o autoritario**. Su esencia está en la disciplina y para ello suelen emplear mandatos cortos, precisos, concretos. Si se incumple lo ordenado se castiga con ciertas conductas o situaciones. Esto genera climas de estrés, nerviosismo y presión y acaba con una demostración general del equipo.

2. **Liderazgo democrático**. La base es tener en cuenta todas las opiniones y los criterios a la hora de tomar decisiones. Esto facilita el sentimiento de pertenencia entre los miembros del grupo y, bien llevado, mejora notablemente el bienestar de los integrantes del equipo.

3. **Liderazgo afiliativo**. Ese sentimiento de pertenencia que apuntamos en el tipo de liderazgo anterior es más potente en este caso. Aquí se apuesta por crear buena sintonía entre los trabajadores y colaboradores, generando lazos que van más allá de lo profesional puro y duro.

4. **Liderazgo visionario u orientativo**. Aquí sale a escena una de las habilidades más importantes de un buen líder, ese espíritu visionario y motivador para los compañeros de oficina. Parte de una idea, un objetivo en el horizonte, y de ir motivando a los trabajadores para alcanzar tal fin. Es de los **modelos de liderazgo** que más se practican en estos momentos puesto que confía en la horizontalidad dentro del organigrama corporativo.

5. **Liderazgo timonel**. En este caso el profesional que dirige el equipo se ocupa de marcar un rumbo, una meta al frente, e ir dirigiendo los pasos de todos, siempre consiguiendo que se vinculen de manera muy activa y que sean proactivos para proponer cambios y dar alternativas que mejoren el resultado.



4. ¿Cómo ser un buen líder? Habilidades de liderazgo

Las habilidades de liderazgo ‘blandas’ son probablemente las más importantes cuando se trata de saber cómo llegar a ser un buen líder. En los perfiles citados en el punto anterior se observan algunas de estas cualidades que se citan a continuación. Además existen informes e investigaciones que ponen de relieve de qué soft skills hablamos al tratar a este respecto y destacamos las apuntadas por la consultora Boston Consulting Group en un estudio para el cual ha contado con hasta 4.000 profesionales para llegar a estas conclusiones:

- Empatía

PÚBLICA

- Capacidad de escucha
- Atención al desarrollo profesional-personal de profesionales del equipo de trabajo
- Capacidad para cuestionarse actuaciones
- Adaptabilidad
- Gestión de la incertidumbre
- Flexibilidad

Estas habilidades de liderazgo son consideradas de gran valor para que una persona llegue a ejercer como un buen líder dentro de una organización. Para llegar a ellas es imprescindible la formación, de ahí que junto a las soft skills sean determinantes otros conocimientos técnicos, de estrategia y gestión empresarial.



Por ultimo se orienta al equipo que ellos juegan un papel fundamental en la vida de cada uno de los beneficiarios atendidos desde la modalidad pues de las capacidades que se tenga para orientar y acompañar el proceso depende el avance, se recalca la importancia de reconocer que nos enfrentamos a usuarios que han vivido situaciones de vida difíciles y que en medio de las mis dificultades que presenten ellos siempre están buscando de la guía y acompañamiento de un profesional.

Importante resaltar la importancia de aplicar cada uno de los tips bridados durante la capacitación a fin de fortalecer sus habilidades propias e identificar aquellos aspectos que a nivel tanto individual como grupal estamos fallando para buscar la solución y asi llegar a ser los buenos lideres que necesitan nuestros niños, niñas y adolescente de la modalidad Hogar Sustituto.

2. Compromisos

Dar cumplimiento a cada una de las actividades y seguir las recomendaciones a fin de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la modalidad, asi como generar esas acciones desde un buen líder para guiar la toma de decisiones de los usuarios

Decisiones:

PÚBLICA

- Cumplir y aplicar los tips de liderazgo brindados durante la jornada-

Compromisos / tareas	**Responsable(s): Nombre / Cargo o rol**	**Fechas**
Cumplir y aplicar los tips de liderazgo brindados durante la jornada-	Equipo psicosocial – coordinación sede Pitalito	constantemente

FIRMA ASISTENTES

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

PÚBLICA

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

Fecha de visita: 20/08/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	/		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación "Yo te curdo"		

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
20/08/2024	Sandra Mercedes Rodrigo	Fundación "Yo te curdo"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Barragan	Bueltes	Diana Patricia
	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.

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
Barrio:	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	Brillith Solany Maheola villareal	13-Mayo 2010	1162963 076	N/A	09-Agosto 2024	Comisaria Amparo Trujillo.
2	Laura Isabel Dorado Ruiz	01-10-2010	1144627 702	11-08 N/A 2023	11-08 2023	Comisaria Jhon Edwin Dena Cortes
3	Laura Maria Bocanegra Ibañez	26.02.2000	1111263 696	2351 00386	DD/MM/AA	Claudia Haner lopez Defensora
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:

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 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:

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

En la visita se puede evidenciar que todos los usuarios cuentan con afiliación al sistema de salud y educación, gozan de buen estado nutricional, cuentan con documento de identidad legible y reciben atención psicosocial.

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

Scanned with 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:

Se puede evidenciar que ninguno de los jóvenes tienen entornos protectores. todos realizan practicas de auto cuidado.

Scanned with 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:

Se puede evidenciar que los Carpetas de las viviendas cuentan con los documentos requeridos, actualizados y en orden. El Cuaderno de experiencia se encuentra al día.

Scanned with CamScanner

Observaciones:

La hoja de vida de la madre sustituta cuenta con todos los documentos requeridos, con separadores y en orden cronológico.

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

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)

Todos los niños cuentan con la dotación de aseo e higiene, básica, personal y escolar. Todo se encuentra en buen estado

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

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

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:

La vivienda de la madre sustituta cuenta con espacios amplios y limpios la cocina esta limpia y en orden, la despensa organizada y rotulada (organizado).

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 recomienda a la madre sustituta continuar realizando el acompañamiento a todos los eventos de la infancia.

CLASIFICADO

Scanned with CamScanner

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)

__SI__ 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 RcL

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Sandra M. Rodriguez L	Diana Patricia Barragán Puentes
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 36286406 TP. 492532658.	CC. 1083893001
Celular: 3125354537	Celular: 3162710228
Correo electrónico:	Correo electrónico: dipabus123@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.**

Scanned with CamScanner

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

FECHA: 20 - Agosto - 2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Diana Patricia Barragán Fuentes

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Ana Lucia Muñoz Y Sandra

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	

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Diana Patricia Barragan

Dirección: Corregimiento de Guacoche

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

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	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 unidad del Servicio se en optimas condiciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz Ortega

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 36114695 TP. 176683

Celular: 3223801754

Correo electrónico:

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	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

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

OBSERVACION GENERAL
Diana Patricia Es Madre sustituta Nueva en la Modalidad

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Laura Dorado

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Diana Patricia Barragan

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

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

OBSERVACION GENERAL
Usuaria cuenta con su dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Laura K Bocanegra

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Brigith Sarai Hoyos

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Scanned with 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	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Diana Patricia Barragan Fuentes

	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:
Madre Sustituta Manifiesta No haber Recibido el alimento aún

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Ana Lucia Munoz

Scanned with CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 08		
Hora: 3:00 A.M		**Fecha:** 22 DE JULIO DEL AÑO 2024
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede la Plata	
Dependencia que Convoca:	Coordinación modalidad Hogar sustituto	
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos	
Objetivo:	**Realizar jornada de capacitación al talento humano de la modalidad Hogar Sustituto de la fundación social yo te cuido frente a acciones que fortalezcan las capacidades de liderazgo que permitan interiorizar habilidades que sirven para conducir y acompañar los beneficiarios, madres sustitutas, familias biológicas y demás personal vinculado a la atención.**	

Agenda:

a. Saludo y bienvenida
b. Desarrollo: Jornada de orientación sobre liderazgo
c. Conclusiones y recomendaciones

Desarrollo:

1. Saludo

Siendo las 9:00 am del día 22 de julio del año 2024 se da inicio a jornada de capacitación con el talento humano el cual busca fortalecer las habilidades de liderazgo de cada uno de los profesionales vinculados a la modalidad, para de esta manera cuenten con las herramientas que les permitan orientar a las madres sustitutas, usuarios y familias biológicas frente a las acciones que permitan la garantía de derechos de todos los usuarios.

Durante el desarrollo de la jornada se contó con la participación de los coordinadores Fabian Lamilla y Paola Marín así como los integrantes del equipo psicosocial y auxiliar administrativa del municipio de Pitalito.

2. Desarrollo

Se da inicio al desarrollo de la temática con la proyección de un video https://www.youtube.com/watch?v=jW5KN4Kvpw0 , a través del cual se generó un conversatorio frente a la importancia de ser un buen líder, y como estos influyen de manera positiva en la vida de los demás y el las decisiones que tomen las personas que se encuentran bajo su guía y acompañamiento.

Seguidamente se procedió a aclarar algunos conceptos como:

1. ¿Qué es el liderazgo?

La definición de liderazgo abarca varios aspectos, un claro resumen de ellos es el que sigue:

- El liderazgo es la capacidad que tiene una persona de influir, motivar, organizar y llevar a cabo acciones para lograr sus fines y objetivos que involucren a personas y grupos en una marco de valores.

PÚBLICA

- El liderazgo es un potencial y se puede desarrollar de diferentes formas y en situaciones muy diferentes unas de otras. Se relaciona de manera muy estrecha con el cambio y con la transformación personal y colectiva.
- El liderazgo es una oportunidad, puede ser ejercido por muchas personas en medios variados: educativo, familiar, deportivo, profesional, científico, social, militar, político…
- El liderazgo es una capacidad que se desarrolla a partir de un potencial variado en personas y grupos.

Por tanto, el liderazgo es una influencia y motivación en los demás, transforma a personas y a grupos, es una oportunidad y es un potencial.

2. Características principales de un líder:

Habilidad de utilizar el poder de forma eficiente y responsable. El líder debe saber redireccionar el poder, sin abusar del mismo y usándolo con responsabilidad. Si actúan de forma autoritaria se estarán equivocando y perderán su posición.

Habilidad de comprender que todos los seres humanos tienen distintas motivaciones. Las fuerzas motivadoras de una persona pueden variar con la ocasión y la situación. El líder debe entender las formas de actuar de un empleado y sus circunstancias. Por tanto debe prever diferentes tipos de motivación acordes a cada una de las situaciones para conseguir la estabilidad de su grupo.

Habilidad de inspirar. Para saber qué es el liderazgo hay que entender que la capacidad de inspirar es algo esencial en un líder, este debe inspirar a los miembros del grupo al que dirige. Al hablar de inspirar nos referimos al ejemplo que da como referencia a los demás.

Habilidad de actuar de manera que exista un clima que invite a responder y suscitar a las motivaciones. El entorno o clima laboral es un aspecto muy relevante, por este motivo el líder debe ocuparse de mantenerlo en equilibrio y como fuente de motivación.

3. Tipos de liderazgo

Se dan varios **tipos de liderazgo** y estos van íntimamente ligados al contexto en el que se encuentra la persona. De un lado, se tiene en cuenta el **sector** en el que trabaja, **la empresa** en cuestión en la que ejerce su función, el lugar geográfico en el que están ubicados y las características y la situación socioeconómica y cultural del país donde opera.

Dicho esto, destacamos **cinco tipos de liderazgo** que destaca el autor especialista en la materia **Daniel Goleman**, que cuenta con una importante bibliografía a este respecto –'Liderazgo'; 'Cómo ser un buen líder'. En uno de estos, en el título 'Leadership that gets results' ('Inteligencia emocional en las empresas'), es donde explica al detalle estos perfiles de líderes que se dan en el mundo actual:

PUBLICA

1. **Liderazgo coercitivo o autoritario**. Su esencia está en la disciplina y para ello suelen emplear mandatos cortos, precisos, concretos. Si se incumple lo ordenado se castiga con ciertas conductas o situaciones. Esto genera climas de estrés, nerviosismo y presión y acaba con una demostración general del equipo.

2. **Liderazgo democrático**. La base es tener en cuenta todas las opiniones y los criterios a la hora de tomar decisiones. Esto facilita el sentimiento de pertenencia entre los miembros del grupo y, bien llevado, mejora notablemente el bienestar de los integrantes del equipo.

3. **Liderazgo afiliativo**. Ese sentimiento de pertenencia que apuntamos en el tipo de liderazgo anterior es más potente en este caso. Aquí se apuesta por crear buena sintonía entre los trabajadores y colaboradores, generando lazos que van más allá de lo profesional puro y duro.

4. **Liderazgo visionario u orientativo**. Aquí sale a escena una de las habilidades más importantes de un buen líder, ese espíritu visionario y motivador para los compañeros de oficina. Parte de una idea, un objetivo en el horizonte, y de ir motivando a los trabajadores para alcanzar tal fin. Es de los **modelos de liderazgo** que más se practican en estos momentos puesto que confía en la horizontalidad dentro del organigrama corporativo.

5. **Liderazgo timonel**. En este caso el profesional que dirige el equipo se ocupa de marcar un rumbo, una meta al frente, e ir dirigiendo los pasos de todos, siempre consiguiendo que se vinculen de manera muy activa y que sean proactivos para proponer cambios y dar alternativas que mejoren el resultado.



4. ¿Cómo ser un buen líder? Habilidades de liderazgo

Las habilidades de liderazgo ‘blandas’ son probablemente las más importantes cuando se trata de saber cómo llegar a ser un buen líder. En los perfiles citados en el punto anterior se observan algunas de estas cualidades que se citan a continuación. Además existen informes e investigaciones que ponen de relieve de qué soft skills hablamos al tratar a este respecto y destacamos las apuntadas por la consultora Boston Consulting Group en un estudio para el cual ha contado con hasta 4.000 profesionales para llegar a estas conclusiones:

- Empatía

PÚBLICA

- Capacidad de escucha
- Atención al desarrollo profesional-personal de profesionales del equipo de trabajo
- Capacidad para cuestionarse actuaciones
- Adaptabilidad
- Gestión de la incertidumbre
- Flexibilidad

Estas habilidades de liderazgo son consideradas de gran valor para que una persona llegue a ejercer como un buen líder dentro de una organización. Para llegar a ellas es imprescindible la formación, de ahí que junto a las soft skills sean determinantes otros conocimientos técnicos, de estrategia y gestión empresarial.



Por ultimo se orienta al equipo que ellos juegan un papel fundamental en la vida de cada uno de los beneficiarios atendidos desde la modalidad pues de las capacidades que se tenga para orientar y acompañar el proceso depende el avance, se recalca la importancia de reconocer que nos enfrentamos a usuarios que han vivido situaciones de vida difíciles y que en medio de las mis dificultades que presenten ellos siempre están buscando de la guía y acompañamiento de un profesional.

Importante resaltar la importancia de aplicar cada uno de los tips bridados durante la capacitación a fin de fortalecer sus habilidades propias e identificar aquellos aspectos que a nivel tanto individual como grupal estamos fallando para buscar la solución y asi llegar a ser los buenos lideres que necesitan nuestros niños, niñas y adolescente de la modalidad Hogar Sustituto.

2. Compromisos

Dar cumplimiento a cada una de las actividades y seguir las recomendaciones a fin de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la modalidad, asi como generar esas acciones desde un buen líder para guiar la toma de decisiones de los usuarios.

PÚBLICA

3. Evidencias fotográficas,





Decisiones:

- Cumplir y aplicar los tips de liderazgo brindados durante la jornada-

Compromisos / tareas	**Responsable(s): Nombre / Cargo o rol**	**Fechas**
Cumplir y aplicar los tips de liderazgo brindados durante la jornada-	Equipo psicosocial – coordinación sede la Plata	constantemente

FIRMA ASISTENTES

Nombre Se lista **mínimo**: quien preside la reunión/comité y los responsables de cumplir los compromisos adquiridos. No obstante, si la reunión o Comité es soportada por una resolución o acuerdo, dependerá de lo establecido en dicho acto administrativo o lo que definan los asistentes.	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Paola Andrea Marín González	coordinadora	Fundación social yo te cuido	
Fabian Andrés Lamilla Galvis	Coordinador	Fundación social yo te cuido	
	Fecha	**Hora**	**Lugar**

PÚBLICO

Próxima reunión (en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)	Agosto 2024	8:00 A.M	Fundación social yo te cuido
Colaborador que elabora el acta:	Paola Andrea Marín González		

PÚBLICA

Fwd: SOLICITUD TARJETA DE IDENTIDAD_LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Comisariadefamilia <comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co>
Fecha 2024-07-05 18:17

Garzón, 05 julio 2024

Señores

Comisaria de Familia

Acevedo - Huila

Cordial saludo,

Por medio de la presente y de manera cordial me dirijo a usted como Autoridad administrativa, para solicitar amablemente la documentación "TARJETA DE IDENTIDAD" y las acciones adelantadas para la vinculación de **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** al sistema educativo y de salud en el municipio de Garzón, como parte integral del proceso de atención, seguimiento y garantía de los derechos de la niña.

Agradecemos de antemano su atención a esta solicitud.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

T.P 176642

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: SOLICITUD TARJETA DE IDENTIDAD_LUZ ANGELA SIERRA VILLANI
Fecha: 2024-05-14 14:48
De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com
Destinatario: comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co

Doctora

MARIA ALEJANDRA MONTESUMA

Comisaría de Familia

Acevedo Huila

Cordial saludo,

Por medio de la presente y de manera cordial me dirijo a usted como Autoridad administrativa, para solicitar amablemente la documentación "TARJETA DE IDENTIDAD" y las acciones adelantadas para la vinculación de **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** al sistema educativo y de salud en el municipio de Garzón, como parte integral del proceso de atención, seguimiento y garantía de los derechos de la niña.

Agradecemos de antemano su atención a esta solicitud.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

T.P 176642

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Fecha de visita: 20 Agosto

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
	■		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional _____HUILA _____Centro Zonal _____LA PLATA _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 5 e-34 villa del Prado	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	1081397052	3147988239

[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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
22 julio	Lady Constanza Rojas.	Yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	DIAZ	RODRIGUEZ	DAYANA CATERIN
	Identificación: cc 1061728361		
Dirección: calle 19 A N- 1ª-52E		Tel. Fijo No tiene	Celular 3137164889
Barrio: CIUDADELA SAN MIGUEL		Correo electrónico: dayanita 0512@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	WILLINGER DAVID CARDENAS ESCULPI	30-09-2015	R.C 7481954	SIN INFORMACION	05/08/2024	COMISARIA DE FAMILIA LA PLATA/ ELIANA SOFIA CASTRO

[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

2	MARIA ALEJANDRA MENDEZ VERA	16/05/2015	T.I 1084869423	SIN INFORMACION	24/05/2024	COMISARIA IQUIRA
3	VALERY YULITZA ENCISO BRECENO	18-08-2016	T.I 1074190533	1764208228	01-08-2024	COMISARIA DE FAMILIA LA PLATA/ ELIANA SOFIA CASTRO
4	—	—	—	—	—	—
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 | No X	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 | No X	Si | No	Si | No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si | No X	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 X | No	Si | No	Si | No

Powered by CamScanner

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:

Willinger: No tiene afiliación a salud, la madre solicitó, tiene gestiones con comisaría para dar trámite a la afiliación se encuentra a la espera. No tiene certificados escolares para dar inicio a sus actividades escolares, está a la espera de cupo en la sede San Rafael del Luis Carlos Trujillo.
Mónica Alejandra: Tiene atenciones en salud con odontología del cual ya tiene tratamiento terminado, medicina general remitido a Psicología ya fue atendida, tiene inicio de proceso en fiscalía donde fue remitida medicina legal, Valery tiene cita para el 23 de agosto con Psicología, inicia tratamiento con odontología y pendiente matrícula en institución educativa.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si No X	Si No X	Si X No	Si 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 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:

willinger participa de actividad extracurricular futbol, Maria Alejandra asiste a bisuteria y Valery asiste a clase de Artistica, todas vinculadas a estos programas en el casa de la cultura.

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	SI		X		X					
Acta de colocación	SI		X		X					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	SI		X			X				
Valoración/Seguimiento Psicológica	SI		X			X				
Valoración/Seguimiento Nutricional	SI		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:

Willinger: tiene pendiente afiliación de salud, Por ser ciudadano Venezolano del comunario se encuentran adelantando tramites para dar inicio a su atenciones en salud, Experto a la gente educativa ya se esta gestionando el cupo.

Valery: lleva 8 días en la unidad de servicio, se están gestionado una teleconsulta o citas medicas para atenciones en salud.

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)

Willinger, se le realizo la solicitud de dotacion escolar, encuentra ingresada la institucion educativa, pendiente dotacion escolar de Maria Alejandra.

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:

El Adress de la señora Dayana y del Señor Ivan Montuni estan Vencidos, quedan pendientes las actualizar.

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

Powered by CamScanner

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

la vivienda se encuentra en orden, evidenciando el aseo, la cocina organizada y debidamente rotulados los alimentos.

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

Estar al pendiente del tramite que esta adelantando la Comisaria de familia para la afiliacion en Salud de willinger,
Pendiente cupo de Institucion educativa.
Pendiente dotacion ayuda de Mama Alejandra.
Actualizar Certificado de Antecedentes de la señora Dayana y de el señor Juan Montoya.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ
Firma de la persona que realiza la visita Shirley Gonzalez.		Firma de la persona que recibe la visita Dayana Diaz R.
CC. 1081397052	TP.172058	CC. 1061728361
Celular: 3147988239		Celular: 3137164889
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: dayanita.0512@hotmail.com

Notas:

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

CLASIFICADO

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

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

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	20-Agosto-2024.	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA	Dayana Catalina Diaz.		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X	/	1.	0007066391	20/12/2024.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X	/	La bienestarina esta debidamente almacenada en un recipiente para la misma.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Continuar con preparaciones donde incluye la bienestarina.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Dayana Diaz	Shirley Gonzalez.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con todos los elementos de aseo para uso personal.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: maria

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con sus utiles de aseo en buenas condiciones.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Valery Yulitza Ensico

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Dayana Diaz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con todos los utiles de aseo en buen estado.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Willin yer David

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Dayana Diaz R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Contreras.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0088- 01/08/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022

FECHA: 20-08-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Dayana Catalina Diaz R

CENTRO ZONAL: La Plata Huila

NOMBRE DEL PROFESIONAL X 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 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 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?		

Observaciones de la Madre Sustituta:

Dayana Diaz R

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 20 - Agosto.

Hogar Sustituto	Vulneración [redacted]	Discapacidad [redacted]	Tutor [ ]

Hogar de paso	Familiar [ ]	Casa hogar [ ]

Regional Huila Centro Zonal La Plata

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC	Celular
SHIRLEY GONZAEZ ORDOÑEZ	1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
30 - julio	Leidy Constanza Reyes.	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
	VALENCIA	LOSADA	ANA MILENA
	Identificación: 29122846		
Dirección: carrera 10E No 11-03		Tel. Fijo: No tiene	Celular: 3132626213
Barrio: VILLA DEL CAMBIS		Correo electrónico: Amvalencial@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	ADAN LAVAO RIVERA	5-10-2014	T.I. 1077241418	23433836	28/12/2023	COMISARIA DE TESALIA/ HUMBERTO CASTILLO
2	DANIELA VARGAS PINCHAO	1-06-2024	RC 1080268858	23439540	23/05/2024	COMISARIA LA PLATA/ELIANA SOFIA CASTRO
3	MAIRA ALEJANDRA AREVALO CEBALLOS	8-06-2011	T.I 1081412058	23439586	24-07-2024	COMISARIA LA PLATA/ELIANA SOFIA 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	MARILYN DAYANA AREVALO CEBALLOS	28-12-2013	T.I 1081416852	23439550	24-07-2024	COMISARIA LA PLATA/ELIANA SOFIA CASTRO
5	BRAYAN CAMILO	18-08-2018	R.C 1081424355	23439549	24-07-2024	COMISARIA LA PLATA/ELIANA SOFIA CASTRO

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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 X No

Descripción general de lo encontrado:

Adan: Cuenta con atenciones en salud al dia, con especialistas en salud se esta tramitando citas para cita de genetica en la ciudad de Neiva, Pendiente por asignar. Los tres hermanos Oracio asisten a actividad extracurricular lunes en casa de la cultura. Adan asiste al colegio. Los hermanos Oracio no se encuentran Vinculados al sistema educativo, debido a que desde la institucion educativa tecnico agricola manifiestan no recibirlos por inicio de tercer cuatrimestre y bloqueo del sistema. Por tanto se le pide ayuda a la gestora para esta situacion.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si No X	Si 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

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 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
Realiza prácticas de autocuidado.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No

Descripción general de lo encontrado:

Adon: cuenta con una atencion total de su madre sustituta, completa adaptacion a la unidad de servicio, tiene una relacion afectiva con los miembros de hogar sustituto. Maria Alejandra: Se encuentra en tratamiento de ortodoncia activo, asiste a Control del joven sisben, sin vinculacion al sistema educativo. Brayan y Manuly cuentan con atenciones en salud de acuerdo a su necesidades.

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		X	
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X		X	

Observaciones:

Los ajustes de la unidad Centro Cen Atenciones al día, se recomienda llevar a los hermanos Arevalo por medico general para dar inicio a especialidades medicas segun la necesidad.

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	

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
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 ciudad de servicio en completo orden, con mitigación de riesgo para Daniela Osorio

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

menor de un año, alimentos debidamente rotulados.

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

- Pendiente vinculacion de los hermanos Angel al sistema educativo.
- Iniciar con citas con medico general para los hermanos Angel.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

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 SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita ANA MILENA VALENCIA LOSADA
Firma de la persona que realiza la visita Shirley Gonzalez.		Firma de la persona que recibe la visita
CC.1081397052	TP 172058	CC. 29.122.846
Celular: 3147988239		Celular: 3132626213
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: amvalencial@hotmail.com

Notas:

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

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

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

Powered by CamScanner

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	1	
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	1	
Champú	1	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	2	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con sus utiles escolares en buen estado y rol de uso personal

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [signature]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
La niña tiene todos sus implementos de aseo y cuenta con pañales para uso de sus necesidades.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Manuela

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con todos los implementos de aseo en completo uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Brayan Camilo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Fontalet.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con los implementos de aseo en buen estado y para su uso personal

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Maryilin Devana

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Dramiris

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Fontalvo.

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-025-01/08/2022	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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X.	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con sus utiles de aseo en buen estado y para su uso personal.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: maira Alejandra

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Cortes.

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

Ana Milena Valencia.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	SI	/	2.	0000560563	22/11/2024
				0000560563	22/11/2024.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X	/	Cuenta con un almacenamiento adecuado, debido a que se encuentra en un lugar y recipiente que este suplemento alimenticio.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Continuar con la preparación de este alimento nutricional en los diferentes recetas diarias.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Milena Ecatalet.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 PSTTC-028- 01/02/2022 FECHA DE APROBACION: 01/02/2022

FECHA: 20-Ag-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: ANA TULENA VALENCIA

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			
	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:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 20 Agosto-2024.

Hogar Sustituto	Vulneración MAUREN E	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
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
14-8-2024	Eliana Cobrado	ICBF.

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

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

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

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

Powered by CamScanner

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	CALDERON	USECHE	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	MAUREN STEFANY GONZALEZ CAMPOS	02-05-2009	T.I 1059765782	23439965	08-08-2024	DEFENSORÍA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
3	FRANKLIN SMITH BORJA	09-10-2024	RC 1145833595	23438640	01/03/2024	DEFENSORÍA PRIMERA ALONSO MARTINEZ

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

Powered by CamScanner

4						
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 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

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

Descripción general de lo encontrado:

Mauren: Se encuentra en gestion la portabilidad para las atenciones en salud tiende 10 días habiles para que ya le puedan solicitar las citas medicas en el municipio de la ejecución.
Franklin: Se encuentra al dia en atenciones en salud, con especialidades al dia, tiene citas pendientes pero el mes de agosto que. estan en los tiempos.
Leidy: Con atenciones en salud al dia, la cita en el cumplimiento de los tiempos.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
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:

Nuvan: Esta en proceso de matricula para dentro, inicia aproximadamente en 5 días.

Franklin: El es niño que ha avanzado en su proceso de socialización con los padres que estan a cargo de su cuidado evidenciando que es feliz en este medio.

Leidy: Participa de actividad extracurricular en el hogar donde manifiesta sentirse agusto.

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					

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

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:

Todos los niños que se encuentran en lucidad tienen documentación al día, todo debidamente organizado con separadores por cada especialidad.

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)

Todos los usuarios cuentan con su dotación en buenas condiciones y en los lugares dispuestos para ello, con un buen orden y aseo, cada una de las niñas se hace cargo de su ropa, de Franklin se le tiene todas sus cosas limpias y en buen estado.

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

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

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

Powered by CamScanner

DOCUMENTACIÓN 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:

Documentacion del padre sustituto al dia, antecedentes al dia, examenes medicos sobre el tiempo.
la Red de apoyo cuenta con su documentacion al dia

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 en un orden total, sus cosas limpias, sin polvo, con los cuartos de los usuarios ordenados, ropas limpia, baños debidamente lavados, cocina organizada y alimentos rotulados.

Powered by CamScanner

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

Se felicita por el orden, la limpieza y el compromiso con cada uno de los procesos de los tres usuarios que se encuentran en la unidad de servicio.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

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

Powered by CamScanner

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita WILSON CALDERON USECHE
Firma de la persona que realiza la visita Shirley Gonzalez.		Firma de la persona que recibe la visita
CC.1081397052	TP 172058	CC. 12271864
Celular: 3147988239		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.**

CLASIFICADO

Powered by CamScanner

Maren

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	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 tiene sus elementos en buen estado y cantidad justa para el mes.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Mauren Stefany Gonzales

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [redacted]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

Franklin

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con todos los elementos de aseo y justo la cantidad para el mes.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: no firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [redacted]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

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		1.
Peinilla o cepillo	1	
Tapabocas dos unidades por cada niño	1.	

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
Cuenta con todos los elementos del aseo y cantidades de mercados.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Leidy

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Contreras

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	Wilson Calderon.		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	SI	/	2.	0002066391.	20/12/2024.
				0002066391	20/12/2024.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	SI	/	El alimento se encuentra en un lugar fresco, debidamente almacenado y libre de bichos.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Se le pide al padre sustituto continuar con el alimento en las diferentes preparaciones.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Shirley Bentaler.

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: Leilson Caleleron

Dirección: Calle 19 # 1AE -04.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.		X
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		X
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.		X
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	Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad de servicio en condiciones adecuadas Condiciones para la atencion a los niños.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Nory Shirley Gonzalez Ordoñez.	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Shirley Gonzalez.	
CC. 1081897052	**TP.** 172058.
Celular: 3147488239.	
Correo electrónico:	

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FBYTC-0028- 01/05/2022 FECHA DE APROBACION: 01/05/2022

FECHA: 20/09/2024.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Wilson Calderon.

CENTRO ZONAL: La Picota.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gonzalez.

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
6. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
7. ¿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 profesional fue muy respetuosa a la hora de la visita

felicitaciones

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: DISNEY GARCIA GUALTEROS

Dirección: CALLE 3 Sur # 9-48

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.	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.	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 CONSTANZA ROJAS MORENO.
Firma de la persona que realiza la verificación	Ledi Constanza Rojas M.
CC. 41.709.184	**TP.** 2287941112 - 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	Discapacidad		Tutor
	[■]	[ ]		[ ]

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar
	[ ]	[ ]

Regional HUILA Centro Zonal LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 No. 5 E 34 Villa del prado	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita,
19-07-2024	SHIRLEY GONZALEZ	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	GARCIA	GUALTEROS	DISNEY
	Identificación: cc 36382703		
Dirección: calle 3 sur 9-48		Tel. Fijo No tiene	Celular 3106284835
Barrio: el portal		Correo electrónico: Disney garcia2017@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	X	Plan Mejoramiento[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	MARIA JOSE FIGUEROA	13/12/2011	T.I 1083918354	235100935	05/07/2024	DEFENSORIA CUARTA PITALITO CLAUDIO LOPEZ
2	ASTRID JHOANA VARGAS QUIMBAY	12-01-2008	T.I 1121864259	23694167	18/04/2024	COMISARIA ALGECIRAS
3	NESTOR GABRIEL MURCIA GALVIS	15-01-2024	T.I 1079390074	232117207	08/07/2024	COMISARIA DE FLIA AGRADO ERIKA MARCELA SAENZ

[3] 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

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						
5						

* Anule los renglones no utilizados

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Maria Jose Fue Trasladada Para Petalito
desicion tomada Por el Defensor de Familia
del Centro Zonal Su egreso Fue Hoy 20-08-2024
en Horas de la Mañana
Astrid Con documentacion y Cumplimiento de Citas Medicas
Recuperando Por Su cuenta tarde.
Vuelve Su Vinculacion a Educacion a la Espera de,
respuesta que debe dar la Secretaria de Educacion
los dos Cite asistencia a actividad extracurricular.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si / 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.	/ No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No

Descripción general de lo encontrado:

Astrid y Nestor Reciben Visita de sus Familias Biologicas. han Formado Parte activa del Proceso de Restablecimiento de derechos. Reciben atencion de Manera Presencial en el area Psicosocial por Parte de la Fundacion Yo Te Cuido.

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Astrid cuenta con el último Boletín correspondiente al segundo Periodo. Nestor Gabriel aun se encuentra sin Vinculacion escolar. asiste Parcialmente a sus actividades Extracurriculares.

Powered by CamScanner

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

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)
se observa la dotación en buenas condiciones y completa.

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 documentación sin documento, actualizada.

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 resbaloscs, 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 encontro en Buenas Condiciones higienicas y de aseo los Espacios habitacionales buena Ventilación, iluminacion y organizados

Powered by CamScanner

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

Al Realizar la Visita No se dejan Hallazgos ya que Fue encontrado organizado sin Vencimiento de documentacion todos los Carpetas se le Recomienda a la M.S Continuar Pendiente del Cargo de Respuesta Para la Vinculacion de Nestor Gabriel a su institución Educativo

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Powered by CamScanner

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Ledi Constanza Rojas M.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita DISNEY GARCIA GUALTEROS
Firma de la persona que realiza la visita Ledi Constanza Rojas M. LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO		Firma de la persona que recibe la visita
CC. 41709184	TP. 228794112-1	CC. 36383845
Celular: 3107865661		Celular: 3106284835
Correo electrónico : hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com		Correo electrónico: disneygarcia2017@hotmail.com

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

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

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

Powered by CamScanner

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Astrid Johana Vargas.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ledi Contreras Reji 44.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
+ apabocas en el botiquin.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Nestor Gabriel Murcia.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Catalina Rojas M.

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			

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		3		20-12-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		la que tiene de uso almacenada en tarro Plastico con tapa las otras en el sobre donde llegan la alimento.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Ledi Rodriguez Ref/144.

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-00M5- 01/09/2022 FECHA DE APROBACION: 01/09/2022

FECHA: 20-08-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: DISNEY GARCIA GUALTEROS

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			
	X			

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 21- Agosto-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:

NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	CC 1081397062	3147988239

[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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
27-junio	Lady Constanza Rojas.	F.S. Yo te acido

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 ☑ 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	4/12/2009	T.I 1083894004	232118840	28/02/2024	SEGUNDA/YARI MILENA RUIZ

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

Powered by CamScanner

	ORDOÑEZ	—	—	—	—	—
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
4	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—

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

Powered by CamScanner

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:

Jhoan: Cuenta con atenciones en salud al día, Psicología control en 3 meses, nutrición para enero del próximo año; en su comportamiento es un niño proactivo y dispuesto al cumplimiento de las normas de la unidad.

Oscar: tiene las atenciones medicas primaria al día con citas pediatra en un mes y dos meses. En cuanto a la especialidad en optometría cuenta cita para dentro en un año (10ts).

Angel: inicia terapias el 28 de agosto, tiene tratamiento de odontología activo.

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:

Jhoan participa de actividad extracurricular junto con otros en futbol programa de escuela de formación los dias martes y jueves). los tres eventos son participantes de las diferentes actividades que se realizan con la madre sustituta. Cumplen con sus rutinas de aseo de forma metodica.

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:

Powered by CamScanner

composición del Hogar Sustituto*	x		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	x		
Carné de manipulación de alimentos	x		
Certificación primeros auxilios	x		
Carpeta de visitas al Hogar	x		

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

Observaciones:

la hoja de vida contiene los soportes y actualización de antecedentes judiciales de a de julio del 2024, toda su red de apoyo con antecedentes actualizados al 9/8/24 exámenes medicos con fechas no superior a un año.

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

Powered by CamScanner

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 en condiciones de aseo impecables, orden evidenciado a simple vista, habitaciones de los niños en completo orden.

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

No se dejan compromisos, ni hallazgos

Powered by CamScanner

los niños cuentan con sus documentos al día, peces medicos segun lo demanda la necesidad de cada uno, el compromiso de la madre sustituta es muy bueno con cada uno de ellos.

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)

los niños cuentan con su dotacion en buenas condiciones y cada uno es colocado con esto y la tienen en el lugar que ha sido designado para que la guarden.

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	X		

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

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

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

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

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 NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		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.1.081.397.052	TP. 172058	CC. 36380913
Celular: 3147988239		Celular: 3112054419
Correo electrónico: HSPICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: eyolimasanchez@gmail.com

Notas:

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	21/08/2024	CENTRO ZONAL	La Plata.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Elvira Yolima Sanchez.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	SI	/	1	0001052040	15/10/2024.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X	/	El alimento se encuentra en un recipiente apto para este y en un lugar fresco.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Continuar con la implementacion de este alimento en todas sus preparaciones.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Shirley Gonzalez.

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Idan Andres Jimenez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
/

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firmo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Ruth

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez.

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

OBSERVACION GENERAL
/ / /

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Oscar Mejia

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

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: Elvia Yolima Sanchez

Dirección: Cra 7 # 7-52.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.		X
17	Las escaleras deben tener pasamanos.		X
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.		X
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.	V	
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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación
Nory Shirley Gonzalez.
Firma de la persona que realiza la verificación
Shirley Gonzalez.
CC. 1083497052 **TP.** 172058.
Celular: 3147882341.
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSVTC-0030- 01/06/2022 FECHA DE APROBACION 01/06/2022

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:

CENTRO ZONAL:

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

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

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

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

Fwd: SOLICITUD PORTABILIDAD SOFIA ALEJANDRA BERNAL

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Comisariadefamilia <comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co>
Fecha 2024-07-10 16:42

SOFIA ALEJANDRA BERNAL.pdf (~104 KB)

Garzón, 10 julio 2024

Señores

COMISARIA DE FAMILA

Acevedo - Huila

Saludo Cordial

Por medio de la presente se solicita a usted como Autoridad administrativa competente, de manera amable las acciones adelantadas en cuanto a la **PORTABILIDAD DE SALUD** al municipio de GARZÓN para la niña **SOFIA ALEJANDRA BERNAL RODRIGUEZ**, identificada con T.I número **1144636636**, la cual se encuentra vinculada en la EPS ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA A.I.C EPSI Regimen Subsidiado por lo tanto solicitamos gentilmente de su colaboración para realizar la acción pertinente y efectiva atención de salud en el Municipio de Garzón.

Lo anterior con el fin de garantizar los derechos fundamentales a la salud que le asiste como sujeto especial de protección constitucional.

Agradezco su pronta colaboración y eficaz respuesta.

Cordialmente

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

Gestora de Caso

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO - MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO.

ANEXO ADREES

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

Asunto: SOLICITUD PORTABILIDAD SOFIA ALEJANDRA BERNAL
Fecha: 2024-06-25 22:19
De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com
Destinatario: Comisariadefamilia <comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co>

MARIA ALEJANDRA MONTEZUMA

COMISARIA DE FAMILA

ACEVEDO - HUILA

Saludo Cordial

Por medio de la presente se solicita a usted como Autoridad administrativa competente, de manera amable las acciones adelantadas en cuento a la PORTABILIDAD DE SALUD al municipio de GARZÓN para la vinculación al sistema de SALUD de la niña **SOFIA ALEJANDRA BERNAL RODRIGUEZ**, identificada con T.I número **1144636636**, por lo tanto solicitamos gentilmente de su colaboración para realizar la acción pertinente y efectiva atención de salud en el Municipio de Garzón.

Lo anterior con el fin de garantizar los derechos fundamentales a la salud que le asiste como sujeto especial de protección constitucional.

Agradezco su pronta colaboración y eficaz respuesta.

Cordialmente

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

T.P 176642

Gestora de Caso

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO - MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO.

ANEXO ADRRES

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: Ludy Contreras Chaux.

Dirección: Calle 6 #13-79.

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

Powered by CamScanner

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 Cantarys Rojas Moreno.

Firma de la persona que realiza la verificación
Ledi Cantarys Rojas M.

CC. 41709184 TP. 2287941127-1.

Celular: 3107865161

Correo electrónico: F.Fundacionyotecuido@gmail.com

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	Tutor
	[redacted]	[redacted]	

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional HUILA Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 No. 5 E 34 Villa del prado	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
	SHIRLEY GONZALEZ	Fundacion Social Yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

[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

Responsable del Hogar	Primer apellido GOMEZ	Segundo Apellido ARDILA	Nombres LEIDY CONSTANZA
	Identificación:		
Dirección: CALLE 6 # 13-39		Tel. Fijo: NO TIENE	Celular 3138961014
Barrio: COMFAMILIAR	Correo electrónico: legomez19930@hotmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS	12/09/2014	T.I. 1061225531	1763806813	13/02/2024	SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ÁLVAREZ
2	KRISHDAEL MARTINEZ BARONA	5/09/2012	T.I 1096037678	23438454	21/12/2023	COMISARIA LA PLATA
3	DANIELA ALEJANDRA VILLAMIL LENGAS	02-03-2012	T.I 1161215256	NO REGISTRA	17/08/2022	DIANA PAOLA MUÑOZ ALVARADO/CAMISARIA DE FAMILIA DE SAN ANGUSTIN
4						

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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

TANIA CHAQUE NO esta vinculada a institución Educativa debido a dificultades Estructurales por su limitación de discapacidad. Kendal ocupo el primer puesto en el Colegio. se Mediante Teleclases acorde a su actividad Educativo. Damelis Nose le logrado un Cambio Positivo, se Observa NO acata ordenes. Muy es la entrega de Boletines

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
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:

Familia tuvo encuentro biológico con su Familia de origen. Kendal tuvo Contacto con su Progenitora el 26 de Julio. Leidy sin Contacto con Familia Biológica. desea se logre alguno Contacto para su comunicación con ellos. Kendal y Leidy Participan de actividades Culturales y artísticas que se Realizan.

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					

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

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

Observaciones:

Cuenta con documentación completa debidamente legajada. Ella de los Niños Vinculados a la Unidad de Servicio Kendahel con optimo rendimiento Escolar ocupo el Primer Puesto. Leidy a pesar de que le han informado Buen Comportamiento y rendimiento escolar pero Manda el día de ley Recibe boletines.

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 y en Buenas Condiciones, tanto los como su estado

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

No recibe Ditación Escolar.

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:

tiene documentación Completa y Vigente hasta el 9 de octubre.

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	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 y de aseo son Buenas. Con Ventilacion e iluminacion Buena. NO se dejan Recomendaciones.

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 se dejan Hallazgos ya que son Captor, aseo de la Vivienda documentaces y de la Madre Sustituta y Niños - Niñas estan al dia

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

✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO	LEIDY CONSTANZA GOMEZ
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 41709184 TP 228794112-1	CC. 1117529340
Celular: 3107869661	Celular: 3158961014
Correo electrónico: hepsicologoaplata@fundacionyaleculdo.com	Correo electrónico: legomez1995@hotmail.com

✓ **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

FUNDACIÓN SOCIAL	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1	

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FECHA [illegible] FECHA DE APROBACIÓN [illegible]

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:

CENTRO ZONAL:

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda) ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	✓			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	✓			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	✓			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	✓			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	✓			

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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	21-08-2024	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Leidy Cantayor Gomez.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		2	0000066391	20-12-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		La que tiene Para Consumo se encuentra en la bodega y en Varejo Plastica Cantafe. las otros donde almacena el Glanco.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Leidy Constanza Gomez.	Leidi Cantayor Rojj 44.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Tapabocas en el botiquin

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: CRISDHAEL MARTINEZ.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Isabel Cristina Cano

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Cantarero

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

OBSERVACION GENERAL
Tapabocas en el bolsillo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: DADIELA ALEJANDRA VILLADA

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Leidi Constanza Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Constanza Rodriguez

Powered by CamScanner

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

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

OBSERVACION GENERAL
+ tapabocas en el botiquin

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: + ADIA CHACON E.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Leidy Constanza Gomez.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidy Constanza Rojas.

Powered by CamScanner

Fwd: RV: RE: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Coordinador1yotecuido <coordinador1yotecuido@gmail.com>
Fecha 2024-07-12 15:37

ALEY SOLICITUD.pdf(~685 KB)

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

Asunto: RV: RE: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO
Fecha: 2024-07-12 14:30
De: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Destinatario: COORDINADORZONA1HS <coordinadorzona1hs@fundacionyotecuido.com>, "HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com" <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Cc: Karol Yohanna Chavarro Cerquera <Karol.Chavarro@icbf.gov.co>

Buenas tardes

Atendiendo a la necesidad de la expedición de los certificados, se da el aval para que se realice el pago con recursos 111

Cordialmente

BIENESTAR FAMILIAR

Irma Constanza Almario Perdomo
Profesional Universitario - Coordinadora
ICBF Centro Zonal Garzón – Regional Huila
Calle 8 # 6-38 Barrio Centro, Garzón
Teléfono: 608 8604700 Ext. 840000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>
Enviado: viernes, 12 de julio de 2024 11:31
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Asunto: RV: RE: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO

Doctora buenos días

Escalo el correo que antecede, con el fin de saber si es viable el recurso solicitado.

Atentamente.

BIENESTAR FAMILIAR

Karol Yohana Campos Medina
Defensora de Familia
Defensoría de Familia 1
ICBF Centro Zonal Garzón – Regional Huila
Calle 8 N° 6 – 38 B/ Centro
Teléfono: 608 8604700 Ext. 840003
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Enviado: viernes, 12 de julio de 2024 9:25
Para: Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>
Asunto: Fwd: RE: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO

Garzón, 12 julio 2024

Doctora,
KAROL YOHANA CAMPOS
Defensora de Familia
Garzón - Huila

Saludo Cordial,

De acuerdo al correo que antecede, me permito compartir la solicitud realizada por la madre sustituta de la estudiante Leydi Yohana Aley Perdomo, quien ha indicado que cada certificado tiene un costo de **22.000 pesos**. En este sentido, se requiere obtener el **certificado del Grado Quinto** y las **notas parciales** correspondientes para la mencionada estudiante.
Dado que estos documentos son indispensables para obtener su grado como bachiller, solicito amablemente su apoyo y asistencia para la autorización del rubro necesario para la obtención efectiva de este documento.
Anexo PDF con la solicitud vía WhatsApp realizada por la madre sustituta.
Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su pronta respuesta para proceder con el trámite correspondiente.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ
GESTORA DE CASO - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
-------- Mensaje Original --------
Asunto: RE: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO
Fecha: 2024-07-09 14:38
De: Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>
Destinatario: "hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com" <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>

buenas tardes

la madre sustituta ya hizo la solicitud formal ante la institución educativa??

Atentamente.

BIENESTAR FAMILIAR

Karol Yohana Campos Medina
Defensora de Familia
Defensoría de Familia 1
ICBF Centro Zonal Garzón – Regional Huila
Calle 8 N° 6 – 38 B/ Centro
Teléfono: 608 8604700 Ext. 840003
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Enviado: martes, 9 de julio de 2024 10:58
Para: Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>
Asunto: Fwd: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO

Garzón, 09 julio 2024

Doctora,
KAROL YOHANA CAMPOS
Defensora de Familia
Garzón - Huila

Saludo Cordial,

Por medio de la presente, me dirijo respetuosamente a usted en calidad de Gestora de Caso de la Fundacion Social Yo Te Cuido sede Garzón, solicitando su colaboración para gestionar el certificado de estudio original de grado quinto de primaria de la adolescente **Leydi Yohana Aley Perdomo**. Este documento es requerido como requisito esencial para su graduación como Bachiller.
La adolescente **Leydi Yohana Aley Perdomo** completó su educación primaria en el Colegio Gimnasio Católico San Nicolás de Bari, sede 01 principal, institución reconocida oficialmente bajo el registro NIT: 901041041-6. Por lo tanto, le solicito amablemente que nos asista en la obtención efectiva de este documento indispensable.
Agradeciendo de antemano su pronta atención y colaboración en este asunto, quedo a su disposición para cualquier información adicional que pueda requerir.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ
GESTORA DE CASO - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

-------- Mensaje Original --------
Asunto: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO
Fecha: 2024-05-14 12:37
De: Alix Cabrera <Alixcabreravar@hotmail.com>
Destinatario: Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>
Cc: "HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com" <HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com>, "HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com" <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>, "hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com" <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>

Cordial saludo Doctora Karol,

Mediante el presente, solicito su valiosa colaboración en escalar la solicitud del Certificado de estudio de Grado Quinto en original de la niña Leydi Yohana Aley Perdomo, ya que se requiere como requisito para recibir el grado de Bachiller.

Contamos con una copia del certificado de Quinto, pero no fue aceptada por la secretaría del colegio Jenaro Díaz Jordán del municipio de Garzón Huila, donde se encuentra cursando el grado 10 y 11 en jornada nocturna, manifestando que se requiere el Certificado del grado Quinto en Original para cumplir con los requisitos establecidos y poder recibir el título de Bachiller.

La niña Leydi Yohana Aley Perdomo, realizó el grado Quinto de primaria en el colegio Gimnasio Católico San Nicolas de Bari sede 01 principal, reconocido oficialmente mediante registro Nit: 901041041-6 , ubicado en la calle 4 No 6-51 de la ciudad de Bogotá, teléfono 8281528. Esta información reposa en la copia del certificado anexo.

Anexo:

- Copia del certificado de quinto de primaria de la niña Leydi Yohana Aley Perdomo.

Agradezco su valiosa colaboración al respecto.

Cordialmente,

ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS
Madre sustituta
Cel: 313 3803136

De: Alix Cabrera
Enviado: lunes, 13 de mayo de 2024 9:41 a. m.
Para: Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>
Cc: HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com <HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com>; HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>; hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Asunto: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO

Cordial saludo Doctora Karol,

Mediante el presente, solicito su valiosa colaboración en escalar la solicitud del Certificado de estudio de Grado Quinto en original de la niña Leydi Yohana Aley Perdomo, ya que se requiere como requisito para recibir el grado de Bachiller.

Contamos con una copia del certificado de Quinto, pero no fue aceptada por la secretaría del colegio donde se encuentra cursando el grado 11, manifestando que se requiere el Original para cumplir con los requisitos establecidos y poder recibir el título de Bachiller.

Anexo:

- Copia del certificado de quinto de primaria donde se especifican los datos donde cursó el grado Quinto de primaria.

Agradezco su valiosa colaboración al respecto.

Cordialmente,

ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS
Madre sustituta
Cel: 313 3803136

SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Portabilidad <portabilidad@mallamaseps.com>, Aseguramiento <aseguramiento@mallamaeps.com>
Fecha 2024-07-02 10:29

Señores

E.P.S MALLAMAS

Cordial Saludo,

La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto, nos permitimos solicitar traslado de punto de atención de la niña **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** con registro civil **No. 1061544611,** al municipio de Garzón Huila.

Agradeceríamos su pronta atención a este asunto, ya que es fundamental para el bienestar y la salud de SHAROL NIKOL.

Anexo Documento de portabilidad.

Quedamos a la espera de su pronta y eficaz respuesta.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

T.P 176642

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

SOLICITUD CITA NEUROLOGIA PEDIATRICA

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Citasweb Hospital <citasweb.hospital@huhmp.gov.co>, Hospital Universitario <hospital.universitario@huhmp.gov.co>
Fecha 2024-07-12 09:36

NEUROLOGIA PEDIATRICA.pdf (~109 KB)

SEÑORES

HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

Neiva Huila

Saludo Cordial

Buen día, la Fundación social YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, cuyo objetivo es: Brindar atención a los niños, niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, con la ubicación en la modalidad Hogar Sustituto; de manera muy atenta me permito solicitar de su apoyo para la asignación de cita para **LA CONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA** para el usuario **NICOLAS RODRIGUEZ MANZANO** identificado con R.C *1077882338*, con numero de autorización **271284178**, Teniendo en cuenta que la madre sustituta FANNY MOLINA quien se encuentra a cargo del niño manifiesta "Me he comunicado en reiteradas ocasiones con los números que me indicaron y hasta la fecha no he obtenido respuesta".

ANEXO ORDEN Y AUTORIZACION.

Lo anterior con el fin de garantizar los derechos fundamentales a la salud seguridad social y vida que le asiste como sujeto de especial protección constitucional.

Agradezco su pronta colaboración y eficaz respuesta.

Atentamente

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

TP. 176642

Gestora de Caso

Fundación Social Yo te Cuido - Modalidad Hogares Sustitutos

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

Asunto: NEUROLOGIA PEDIATRICA
Fecha: 2024-07-10 08:04
De: svetlana fernandez cediel <svetlanafernandez@hotmail.com>
Destinatario:"HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com" <HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com>

Buenos días Dra.

Me permito remitir la orden médica para adelantar proceso de solicitud de cita por NEUROLOGÍA PEDIARICA para el niño NICOLAS RODRIGUEZ MANZANO puesto que ha sido imposible que la asignen.
El # de autorización es 271284178
Fecha de Vencimiento Autorización 23-10-2024
La autorización va remitida para el Hospital Moncaleano

Adjunto archivo con la Orden

FANNY CEDIEL DE FERNÁNDEZ
Madre sustituta

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

Fecha de visita:

Hogar Sustituto	Vulneración ■	Discapacidad ☐	Tutor ☐

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐

Regional Huila Centro Zonal La Plata

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC	Celular
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita		
24/07/24	Leidy Constanza Rojas.	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	CHIMBACO	MARÍN	MIREYA
	Identificación: 36.383.845		
Dirección: Calle 5 A Sur N° 17-24		Tel. Fijo No tiene	Celular 314-4829482
Barrio: Nuevo Horizonte		Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	x	Plan Mejoramiento[2]		Seguimiento extraordinario	

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	JUAN CARLOS PAZ QUILINDO	17/02/2013	T.I 1081415451	23434646	28/02/2023	SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ALVAREZ
2	LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO	8/06/2011	T.I 1081412013	23438091	21/07/2023	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
3	YEISON NARANJO	03/07/2012	T.I 1075801633	232117207	27/06/2024	ROSALBA PASCUAS TRIANA /

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

Powered by CamScanner

	HERNANDEZ					DEFENSORÍA TERCERA NEIVA
4						
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 / 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

Powered by CamScanner

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:

Juan Carlos: tiene atenciones en salud al dia, Pendiente Prueba cognitiva para el 16 de septiembre y control por Psicologia clinica el 23 de agosto. Wisa: Atenciones medicas al dia, tiene Pendiente Psicologia para control en octubre. Jeison: atenciones medicas al dia, control del joven en 1 año, en odontologia esta activo tiene varios dientes que deben ser intervenidos, atencion por Psicologia clinica el 23 de agosto en el hospital San Antonio, Psiquiatria, fonoaudiologia, nuevoPsicologia, Prueba cognitiva, despues del 23 de agosto se programa Tacto, Psiquiatria en niños.

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

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

Powered by CamScanner

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
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:

Juan Carlos Restrepo de actividad extracurricular de la Universidad Sur colombiana, futbol.
Luis: asiste a actividades junto con Yeison. Son Usuarios a los cuales se les ha trabajado normas y pautas de crianza. Con Juan Carlos se han presentado situaciones de hurto y mal comportamiento en el colegio donde ya se realizó el respectivo informe al a autoridad administrativa.

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	X		X		X					

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

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:

Cada uno de los ayudas cuenta con la documentación requerida, debidamente organizado y con fechas de cumplimiento en cada una de las atenciones

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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

Los uniformes han recibido atención según los tiempos establecidos, la conservan en buen estado y de forma organizada.

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:

Documentos reposando al día, se hace la observación del certificado de procedente imprimir en el formato correcto.

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

Powered by CamScanner

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

La Unidad de Servicio debidamente organizada y limpia, los Usuarios gozan de una unidad agradable.

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

- El certificado de procedencia debe sacarse en el formato establecido, se recomienda cambiar el que se trae.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

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 SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita MIREYA CHIMBACO MARIN
Firma de la persona que realiza la visita Shirley Gonzalez.		Firma de la persona que recibe la visita Mireya Chimbaco M
CC. 1081397052	TP.172058	CC. 36.383 845
Celular: 3147988239		Celular: 3143030166
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: M.chimbaco@gmail.com

La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

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

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

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Luisa tiene sus utiles de forma individual, tiene su espacio habitacional para ella sola.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Luisa Fernanda Paz

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Mireya Chimbaco M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez.

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
El usuario tiene sus utiles de aseo en buen estado y usados en su rutina diaria.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yeiso Naranjo

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Hereya Chimbaco M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez.

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

OBSERVACION GENERAL
Juan Carlos es conducoso con su dotacion de aseo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Juan Cuello.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Hilveya Chumbaco M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez.

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	21/08/2024	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA	Mireya Chimbaco Marin.		

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X			0001066391	20/11/24.
				0001066391	20/11/24

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			El alimento se encuentra en un recipiente adecuado para su almacenamiento y en un lugar fresco.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Continuar con la implementacion del alimento en las diferentes preparaciones diarias.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Mireya chimbaco M	Shirley Gantalet.

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: Mireya Chamboco Merin.

Dirección: cl 5A # 17-29.

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.		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.	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	Lavanderia 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
Noel Shirley Gonzalez Ordoñez.
Firma de la persona que realiza la verificación
Shirley Gonzalez.
CC. 1097252. **TP.** 72858.
Celular: 3147988239.
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FGYTC-0000- 01/08/2022 FECHA DE APROBACIÓN 01/08/2022

FECHA: 21/08/2024.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Mireya Chimbaco

CENTRO ZONAL: La Perla.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gentile.

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			

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:

Mireya Chimbaco M.

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: OLGA BEATRIZ SOLORZANO

Dirección: Kra 40 # 2A 99 Sur

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.	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.	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, limpioza 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.	DA	
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	Lavanderia 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 Cantarero Rdj Moreno.
Firma de la persona que realiza la verificación	Ledi Cantarero Rdj M.
CC.	**TP.** 2287941112 - 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: 21-08-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor
[redacted]	[redacted]		

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila_____ Centro Zonal la plata_____

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Calle 13 No 5 E 34 Villa del Prado	**3124564343**

Profesional que realiza el seguimiento:

LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO	CC No. 41.709.184	3107865661

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
12-08-2024	Diana Paola Pulido	ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Solórzano	Cardozo	Olga Beatriz
	Identificación: cc 36381366		
Carrera 4 D No.2 A 99 Sur		Tel. Fijo No tiene	Celular 3115996113
Barrio: PROVIVIENDA	Correo electrónico: olgasolorzano0512@gmail.com		

[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.

Powered by CamScanner

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 ESTIVEN OTELA RIVERA	16/03/2019	RC 1080267572	23439245	08/04/2024	Comisaria La Argentina Alexis Patiño
2	SARA VALENTINA OTELA RIVERA	05/11/2013	T.I 1082158993	23439244	08/04/2024	Comisaria La Argentina
3	MARIANA ACENETH ACOSTA GUTIERREZ	21/04/2010	T.I 1145825663	23439371	01/05/2024	Defensoría primera de flia, Alonso Martínez
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 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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Andres Mercado a la Institución Educativa Luis Carlos Tejada sede San Rafael. Sara en la misma sede. Con buenos boletines Escolares y Organizando su Reintegro Para el Viernes 23 de Agosto a las 2:00 PM.
Mariana aceptta en el boletin Reprueba 3 Materias Pendientes Para Recuperacion ingles y Matematicas.
Todos Acuerdos a su actividad Extracurricular.

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 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:

Sara y Andres con buena Presentación se encontraban tomando el Refrigerio y organizando sus Pertenencias Para el Reintegro Manifestando Felicidad Por Regreso a donde sus Progenitores. Hannah actualmente se encontraba estudiando, todo con buen Comportamiento.

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

Observaciones:

la documentación de los Niños
Otelo se encuentra al día adjuntando
los ultimos boletines escolares.
Pendiente una consulta de Psicología
Clínica dirigida a Salud Total. Adema
Continuar tratamiento de odontología.
Sara ya en la EPS Solicito seguimiento con
odontología.
Mariana Continuar con terapia Cognitiva, agenda
cita con Psiquiatria y darle el seguimiento
con Psicología a través de la EPS.

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).

La dotación se encuentra en Buenas Condiciones Con implemento de aseo Completo Para ser entregado el dia del Reintegro de La Niña Otala. Hacen acuerdo Completo todo.

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.

Documentación Legajada en orden Establecido

Powered by CamScanner

Observaciones:

Fueron atendidos sin novedad

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
Sala	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lavandería	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dormitorios	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Baños	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Powered by CamScanner

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

Espacios de optima condiciones de higiene y orden.

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

teniendo en cuenta la visita realizada No se dejan hallazgos. los compromisos de la visita anterior Fueron cumplidos.

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

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

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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Ledi Cantarero Rojas		OLGA BEATRIZ SOLORZANO
Ledi Cantarero Rojas		
CC.41709184	TP. 228794112.1	CC. 36.381.366
Celular: 3107865661		Celular: 3115996113
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com		Correo electrónico: olgasolorzano0512@gmail.com

Notas:

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

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

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	21-08-2024	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Olga Beatriz Solorzano.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		2	0002066391	20-12-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		La que tiene en uso esta empacada en la bolsa y varias Plastico con tape. la otra es el lugar donde almacenan los alimentos.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Leidi Quintero Ruiz.

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

OBSERVACION GENERAL
Tapabocas en el botiquín

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: MARIANA ACENETH GUTIERREZ

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [signature]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ledi Cantillo Reyes

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Tapabocas en el botiquín

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: ANDRES OTELA.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

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 2 de 4

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

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

OBSERVACION GENERAL
Tapabocas en el botequin

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: SARA VALENTINA OTELA

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga Beatriz S.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Quintero Rojas.

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 28/08/24

Hogar Sustituto	Vulneración	—	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle 1A # 5-52 Barrio Trinidad	3232040036

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra M Rodriguez	36286406 pb	3125354537

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
30/07/24	Ana Lucia Muñoz	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Diaz	Molina	Omaira
	Identificación: 36 295. 884		

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

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS 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: Corregimiento Guacacallo	Tel. Fijo	Celular 3144728447
Barrio: Corregimiento Guacacallo	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Elizabeth Mulgro Samboni Golondrino	25/05/2000	1083987253	N/A	11/08/2023	Comisaría Familia Acevedo.
2	Yastin Leandro Sambony Golondrino	15/03/2018	1077248471	N/A	11/08/2023	Comisaría Familia Acevedo
3	Yuli Constanza Rojas Vanegas	31/07/2008	1144625522	1764 114217	18/06/24	Defensora Cuarta Claudia Lopez
4	Deissy Alexandra Rojas Vanegas	26/03/2011	1079536539	176411 3983	18/06/24	Defensora Cuarta Claudia Lopez.
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

Scanned with CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención el 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 se puede evidenciar se encuentra con los procesos completos

Scanned with CamScanner

en cuato al sistema de salud y educacion se le realiza acompañamiento en cumplimiento a los deberes a tener de salud.

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

Scanned with 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:

Los usuarios Rojos vacunas, tuvieron su primer ciclo biológico por lo progenitor el día 27/08/2024. desde A evolución lazos familiares fortalecidos. los otros usuarios no tienen eventos biológicos.

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

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Durante la visita se puede evidenciar que en Carpetas de los usuarios cuenta con toda la documentación requerida, el cuadro de experiencias se encuentra al día. todos los documentos se encuentran en orden y con separadores.

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

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

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

En la visita se puede evidenciar que todos los niveles cuentan con todos los elementos de dotación en buen estado y ordenados

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	4		
Resolución de aprobación del Hogar	4		
Copia documento de identificación	4		
Constancia afiliación al SGSSS	4		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	4		29/04/2024
Constancia último grado de estudio	4		
Constancias de Capacitaciones*	4		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto* Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	4		
Carné de manipulacion de alimentos	4		10/02/2024
Certificación primeros auxilios	4		10/02/2024
Carpeta de visitas al Hogar	4		

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Se puede evidenciar que la carpeta de la madre sustituta se encuentra en orden, con separadores, y documentos actualizados y 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.

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	S	S	S	S	S	S	S
Despensa	S	S	S	S	S	S	S
Comedor	S	S	S	S	S	S	S
Sala	S	S	S	S	S	S	S
Lavandería	S	S	S	S	S	S	S
Dormitorios	S	S	S	S	S	S	S
Baños	S	S	S	S	S	S	S
Espacio de estar	S	S	S	S	S	S	S

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

Se puede evidencia que la vivienda se encuentra en buen estado, que hacen espacios amplios, libres de olores y agradables, los dormitorios en orden.

Scanned with CamScanner

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

- Se recomienda a la madre sustituta continuar realizando el acompañamiento a los niños en todos los procesos requeridos.

- Se exalte el trabajo realizado de la madre sustituta con los niños.

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

Actividades desarrolladas en la visita:

_____Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____Diálogo grupal con niños, niñas y adolescentes en PARD
__1__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 M. Rodriguez CTA	Omaira Diaz Molina
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 31281006 TP. 4912331B6	CC. 36295804
Celular: 3128354532	Celular: 3144728847
Correo electrónico: [illegible]	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.**

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

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: Corregimiento de 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.	✓	

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.	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

La Unidad de Servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo y de infraestructura

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Ana Lucia Muñoz Ortega
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 36114695	**TP.** 176683
Celular: 3223801754	
Correo electrónico:	

Scanned with CamScanner

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

FECHA: 28-08-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Omaira Diaz

CENTRO ZONAL: Ptalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Ana lucia Hurtado Sandra M 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?	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?	✓	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	✓	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	✓	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	✓	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	✓	

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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	✓	
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 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
Usuaria cuenta con su dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Deissi Alexandra Rojas Manegas

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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	✓	
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 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
La usuaria cuenta con su dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yuli Constanza Rosas Vanegas

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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 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
El usuario cuenta con la dotacion completa

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Yostin Leonardo Bambani Golondrino

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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

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 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 usuaria cuenta con su dotación al dia y completa

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Elizabeth Milagros Samboni

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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

Scanned with CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28-08-2026	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Omaira Diaz Molina

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		4	0002026040	15 octubre 2026

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		En buena conservacion

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Se observa que la señora Omaira brinda buen uso al alimento

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Omaira Diaz Molina	Ana Lucia Muñoz

Scanned with 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: Rosalba Serrato

Dirección: Km 4 #8-52

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.	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.	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

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	JUAN CARLOS RAMÍREZ MUÑOZ	4/09/1982	12282240	23404106	7/10/2019	DEFENSORÍA SEGUNDA
2	DENCY CARINACUNACUE YUGUE	25-03-2020	R.C. 1081616593	23439254	09-04-2024	ALONSO MARTINEZ PULIDO/ DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA
3	LUCIANA CUNACUE YUGUE	05-04-2018	R.C 1081423813	1763995826	09-04-2024	ALONSO MARTINEZ PULIDO/ DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

Fueron encontrados Juan Carlos y Luciana quien estudia en la tarde. Dency se encuentra en el CDI

[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: 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:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 Nº 5 E 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	3107865661

Profesional que realiza el seguimiento:

LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO	CC 41709184	3107865661

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita		
26-07-2024	Diana Paola Pulido	ICBF.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	SERRATO	VARGAS	ROSALBA
	Identificación: 36376687		
Dirección: Carrera 4 8-52		Tel. Fijo: No tiene	Celular: 3222408541
Barrio: San Rafael	Correo electrónico: rosalbaserrato421@gmail.com		

[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

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Juan Carlos Buenas Condiciones de Presentación Cariñoso y Contento. Duerme en el cDI Hace un Poco Su Comportamiento Habito de Aseo adaptación Buena Cuidana Jornada de la tarde Continua Con su Mal Comportamiento no cumple Con sus Compromisos Escolares, se encuentra en Vacaciones ahora los Hijos.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

	1	2	3	4	5
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:

Juan Carlos se encontraba en el Hogar junto a Luciana ya que asiste a Instituciones Educativas en Horas de la tarde. se encontraban tomando Refrigerio Colada y Pan y quero en Buena Cantidad. los Veo alegres con Buena adaptación a la Rutina de Hogar.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 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										

Powered by CamScanner

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

Observaciones:

A la Fecha NO se encuentran boletines escolares del Periodo ya que informan la Madre sustituta que esta entrega se realizara en la ultima semana del Mes de Agosto.

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)

Ditacion Escolar para Dawy y Luciano Completa y en Buen Estado. Juan Carlos Por su situacion No asiste al aula Escolar.

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:

Revisada la Hoja de Vida se encuentra Completa y al dia.

Powered by CamScanner

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

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

Se realizo revisión encontrando un Ambiente de aseo e higienico Bueno. Buena Ventilación e iluminación. Alimentos Con Rotulos Correspondiente Buen almacenador y su Refrigerador Cocina Con Buen aseo.

Sin Hallazgos.

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

Actividades desarrolladas en la visita:

_X_ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
___ 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 ROSALBA SERRATO
Firma de la persona que realiza la visita Ledi Constanza Rojas M.		Firma de la persona que recibe la visita Rosalba Serrato Vargas
CC. 41709184	TP. 228794112-1	CC. 36376687
Celular: 3107865661		Celular: 3222408941
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com		Correo electrónico: rosalbaserrato421@gmail.com

Notas:

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

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

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSETC-006- 01/08/2023 FECHA DE APLICACIÓN 9/08/2023

FECHA: Agosto 20 - 2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: ROSALBA SERRATO

CENTRO ZONAL: LA PLATA

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO

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 seguiniento 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: Todo Excelente con la profesional

Rosalba Serrato

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	20-08-2024	CENTRO ZONAL	La Plata

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

ROSALBA SERRATO

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1 ROLSA.	0003066391	20-12-2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Debidamente almacenada en la bolsa dentro de recipiente Plastico Rotulado y tapado.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Ninguno.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Rosalba Serrato V.	Ledi Cantaro Aux. Enf.

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

OBSERVACION GENERAL
tapabocas en el botiquin shampoo uso general.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Juan Carlos Ramirez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Rosalba Arrieta V

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Cantillo 1/8/22.

Powered by CamScanner

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

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

OBSERVACION GENERAL
Tapabocas en el antiguiin Shampoo general.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Dency Karina Cunacua

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Rosalba Serrato V

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Leidi Carolaya Rojas

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Tapabocas en el botiquín. Shampoo General.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Luciana Cunacue

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Rosalba Serrato V

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ledi Contreras Rojas

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	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"	Cll 1 # 5-52 B/ Trinidad	3125354537.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra M. Rodriguez	36286506 pto	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
29/07/2024	Sandra M. Rodriguez C	Fundación Social Yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

Scanned with CamScanner

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Cll 36 Sur # 5A - 26		3142618535.
Barrio:	**Correo electrónico:**	
Pradera	patolin.rojas@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	Niyireth Toro Vargas	DD/MM/AA 11/02/2011	1153499944	2558492	DD/MM/AA 16/02/2022	Ariel Vargas Defensor.
2	Alexander Semanate.	DD/MM/AA 29/11/2000	1004148801	2800580	DD/MM/AA 22/07/2000	Cinthia Molina
3	Sebastian Garzon	DD/MM/AA 23/07/2014	1144633205	2201007332	DD/MM/AA 27/02/2024	Claudia Hernandez Lopez
4	Kevin Andres Mateo Realpe	DD/MM/AA 25/01/2020	1123205209	2359291/8	DD/MM/AA 17/07/2014	Javier Orlando Combe.
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 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 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 No X	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
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Se puede evidenciar en la visita, todos los usuarios cuentan con afiliación a salud, Centro

Scanned with CamScanner

cuenta con vinculación al sistema de educación menos el usuario Alexander Serrato ya que tiene un diagnostico de parálisis Cerebral, de igual manera no cuenta con proyecto de vida los demás Si, todos cuentan con afiliación a salud y atención por el equipo psicosocial.

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

Scanned with CamScanner

	1	2	3	4	5
Manbene 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:

Ninguno de los casos tienen contacto con la familia biológica, todos estan dentro de un adoptabilidad, todo cambio en actividad diaria y el hogar menor Alexander presenta Condición de discapacidad, todos cuenta con acompañamiento interdisciplinario - enfoque diferencial y disfrutan de entornos protectores y protegidos

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		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		✓			
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X			

Observaciones:

Se puede observar en las carpetas de los niños que tres de los cuatro niños cuentan con formula medica en el momento de la visita, de la misma manera uno de los cuatro no cuenta con boletines escolares ya que tiene diagnostico parálisis cerebral, los demas documentos se encuentran en las carpetas.

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

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)

Todos los niños cuentan con los elementos de básica, personal, aseo e higiene y escolares excepto de Alexander que no asiste a la escuela por su condición de discapacidad.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		16-07-2024
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		Mayo 10-2024
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		
Camé de manipulación de alimentos	X		19-Mayo-2024
Certificación primeros auxilios	X		19-Mayo-2024
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

La Carpeta de la madre sustituta cuenta con toda la documentación requerida, y las calificaciones se encuentran con fecha vigente al 2014.

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

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:

La vivienda cuenta con cocina limpia y con rejas de acero, la despensa esta organizada, el comedor y la sala son espacios limpios y agradables, la zona de la lavandera se encuentra en buenas condiciones implementos de aseo en sitio seguro, los dormitorios limpios y en buenas condiciones los espacios de la vivienda amplios, limpios y agradables.

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

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

- la proxima revisión del gas queda para el día 28/03/2025.

- Dar oportunidad en la atención en salud de los niños.

CLASIFICADA

Scanned with 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
Sandra Mercedes Rodriguez	Gloria Patricia Sánchez Rojas
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 36281406 TP.	CC. 36 288 958 pto.
Celular: 4925336 56	Celular: 3107601580 - 3142618535.
Correo electrónico: [illegible]	Correo electrónico: pattolin.rojas@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.**

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYTC-0099- 01/08/2022 FECHA DE APROBACION 01/08/2022

FECHA: 21-08-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Gloria Patricia Sanchez

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Ana Lucia Muñoz y Sandra M Rodriguez, 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 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	

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with 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

Dirección: Calle 3E sur #5a26 B/ La Pradera

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

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	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 unida de Servicios Se encuentra en optimas condiciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz Ortega

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 36114693 TP. 176683

Celular: 3223807754

Correo electrónico:

Scanned with 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

Dirección: Calle 36 su #5a76 B/ La Pradera

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 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 toda su dotacion al dia

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Sebastian Garzon cuellar

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yolima Ruiz Sierra.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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

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 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 niño cuenta con la dotacion completa y en buen estado

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Kevin Matias Rales Beatre

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Glori Ruiz Sti Ru

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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 24 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 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
El usuario cuenta con dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Alexander Semanate Plazas

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Glw Ruiz Fer Pe

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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	✓	
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 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
Se observa que la usuaria cuenta con dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Wigreth Toro Vargas

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Glue Ruiz Sc Re

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Scanned with 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	21-08-2024	CENTRO ZONAL	Ritalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Gloria Patricia Sánchez Rojas

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	x		4	0002052040	15 octubre 2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	x		Alimento en buen estado y almacenado correctamente

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

La Madre Sustituta brinda un buen uso al alimento

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
36 288 958 yto.	Ana Lucia Muñoz

Scanned with CamScanner

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

Fecha de visita: 20/03/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	✓	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra M. Rodriguez	36286606 Pto	3125554537

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
20/03/2024	Sandra M. Rodriguez C.	Fundación "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Calderon	Escalante	Karen Daniela
	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
Corregimiento Guacoche	N/A	3229080275
Barrio:	**Correo electrónico:**	
Corregimiento Guacoche	dancracoltdas.379@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	Heidy Vanesa Perafan Urbano	DD/MM/AA 04/06/2012	1083907392	3176408 19302	DD/MM/AA 31/05/2019	Defensora Comisaria Policia de Infancia
2	Luciana Campo Sanchez	DD/MM/AA 29/05/2018	1077879715	N/A	DD/MM/AA 8/07/2024	Bly Bravo Comisaria Oficina
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

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

Descripción general de lo encontrado:

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

las dos usuarias cuentan con documento identidad, afiliación a Salud y se encuentran vinculadas al sistema de educación en el cumplimiento de bachillerato, como actividad extracurricular cuentan en canto.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	Si X / No	Si X / No	Si / No	Si / No	Si / No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si X / No	Si X / 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 X / No	Si X / No	Si / 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 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 sustituta realiza acompañamiento a todos los niños de los hogares de los diferentes ámbitos garantizando sus derechos.

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

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

- Los usuarios cuentan con todos los documentos solicitados, los cuadernos de los registros se encuentran al día al 18 de agosto.

- Ninguna de las usuarias cuentan con formulas medicas.

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

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

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

Scanned with CamScanner

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

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

Se pudo evidenciar que los niños cuentan con todos los elementos de dotación y todo se encuentra en buenas condiciones, cuentan con elementos de aseo, personal y escolar

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		23/02/2024
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	✓		14/02/2024
Certificación primeros auxilios	✓		14/02/2024
Carpeta de visitas al Hogar			

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

La carpeta de la madre sustituta cuenta con todo la documentación requerida y actualizada, de igual mente con certificado de manipuleros de alimentos.

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:

La vivienda cuenta con todos los espacios grandes limpios grandes y agradables y la cocina cuenta con tejas para evitar el acceso de los insectos o animales y los elementos cortopunzantes se encuentran fuera del alcance de los niños.

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)

- la madre continuar con el acompañamiento a todas las visitas de la unidad en todos los espacios.

- Se le recomienda a la madre sustituta mantener una comunicación asertiva, respetuosa con todos los integrantes de la unidad.

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

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

_____Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__Y__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)

__Y__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 Mercedes Pabuena C.	KAREN DAYANA CABRERA
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
	KAREN DAYANA CABRERA
CC. 36286406 bTP.	CC. 1033073442.
Celular: 3125354537	Celular: 3229080077.
Correo electrónico: [illegible]	Correo electrónico: [illegible]

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

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

Al momento de la visita se evidencia la casa, con todos sus servicios al dia en buenas condiciones de aseo, Idone

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz Ortega

Firma de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz Ortega

cc. 36114695 TP. 176683

Celular: 3223901756

Correo electrónico:

Scanned with 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 Daniana Calderon

Dirección: Corregimiento de Guacoche

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
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.	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	

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.	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

Al momento de la visita se evidencia la casa, con todos sus servicios al dia en buenas condiciones de aseo, aseo

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz Ortega

Firma de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz Ortega

CC. 36144695 TP. 176683

Celular: 3223801754

Correo electrónico:

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSVTC 0008- 01/08/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 31/08/2022

FECHA: 20/08/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Karen Dariana Calderon Escalante

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Ana Lucia Munoz "Psicologa. Sandra M Rodriguez "TS

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	

Observaciones de la Madre Sustituta:

KAREN DARIANA CALDERON

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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 2 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	**SI**	**NO**
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapaboces 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
Luciana Campos cuenta con la dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Luciana Campos

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : KAREN DARIANA CALDERON

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ana Lucia Muñoz

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	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

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

OBSERVACION GENERAL
La usuaria cuenta con la dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Heidy Vanessa Perafan

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : KALENDARIANA CARDELON

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ana Lucia Muñoz

Scanned with 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	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Karen Doriana Calderon Escalante

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		4	0002052040	15 octubre 2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		El alimento se encuentra en optimas condiciones para el consumo

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Se evidencia que la Madre Sustituta le da un Muy buen uso y almacenamiento al alimento

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
KAREN DARIANA CALDERON.	Ana Lucia Muñoz

Scanned with CamScanner

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

Fecha de visita: 28/08/2024

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
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle 1 A # 5-52 B/ Trinidad	3223801754

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra Mercado Rodrigo	36286406 PTO	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
31/07/2024	Ana Lucia Muñoz	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Navarez	Ijaji	Maiyen Lucia
	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

Scanned with CamScanner

Dirección: Karrera 14 # 9-05	Tel. Fijo	Celular 3177114161
Barrio: Calamo	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	Dairo Leonardo Rosas Calvo	22/08/2008	1076741193	2358 91809	31/01/2024	Claudia Lopez D. Cuarta
2	Heiber Estiven Sombri Golondrino	02/08/2014	1083986262	(22/08) N/n	22/08/2023	Comisaria Familia S/ Agustin
3	Jerder Santiago Rodriguez	24/12/2014	1076916874	2366316 3	05-07-2018	Defensora Familia Neiva 7
4	Yader Enrique Gonzalez Sombry	30-03-2008	1084254396	2359 9182	04/12/2023	Defensora Cuarta Claudia Lopez.
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

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 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 No X	Si X No	Si X No	Si X No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si No X	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
Recibe atención psicosocial.	Si X No	Si X No	Si X No	Si X No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

De los cuatro usuarios de la unidad el adole-
cente Dairo Leonardo Rojas no cuenta con

Scanned with CamScanner

Vinculación al sistema educativo, por el motivo que se encontraba interno en la etapa el Divino niño de la Ciudad de Florencia por consumo de sustancias alucinogenas SPA. donde permanecio dos meses con 17 días, y el día 17 de Agosto le dieron salida y regresa/nuevamente el hogar sustituto, no se encuentra vinculado a actividades extracurriculares, los otros deberes cuenta con todo el fortalecimiento 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

Scanned with 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:

los siguientes usuarios no tienen contacto con la red familiar biológica. Daira Leonardo Rosero, Leidy Santiago Rodriguez, los otros usuarios si reciben encuentros biológicos, en este item el resto de usuarios cumplen con todo lo solicitado.

Scanned with CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Durante la visita se evidencia que las carpetas de los usuarios se encuentran organizadas con toda la documentación y el cuaderno de experiencias se encuentra al día.

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

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	4		6		4		6			
Personal	1		7		7		7			
Escolar	1		7		7		7			
Aseo e higiene personal	7		7		7		7			

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

Todos ellos cuentan con los elementos de dotación básica, personal, escolar y de aseo, todo en buen estado y completo de acuerdo a lo solicitado.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	7		
Resolución de aprobación del Hogar	7		
Copia documento de identificación	7		
Constancia afiliación al SGSSS	7		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	7		
Constancia último grado de estudio	7		
Constancias de Capacitaciones*	7		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	7		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	7		
Carné de manipulación de alimentos	7		16-07-2024
Certificación primeros auxilios	7		08-01-2023
Carpeta de visitas al Hogar	7		

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

La carpeta de la madre sustituta se encuentra organizada y con todos los documentos requeridos.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

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

Scanned with 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							
Despensa							
Comedor							
Sala							
Lavandería							
Dormitorios							
Baños							
Espacio de estar							

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

En la visita se puede evidenciar que la vivienda cuenta con Cocina grande, limpia y organizada de igual manera la despensa con rotulos teniendo en la fecha de compra. el Comedor y la cocina se observan limpia, libre de olores, los dormitorios organizados los baños Higienicos y cuenta con el espacio amplio y agradable.

Scanned with CamScanner

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

- Se sugiere a la madre sustituta continuar realizando el acompañamiento a todos los niños en los diferentes espacios.

- Se exalta el trabajo de la persona frente con los niños de la vivienda.

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

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 Mercedes Rodriguez	Maryen Lucia Narvaez
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
	Maryen Lucia Narvaez
CC. 36986406 TP. 4925736 56	CC. 25292920
Celular: 3125354737	Celular: 3177114161
Correo electrónico: trigestradora@yahoo	Correo electrónico: maryen2312@gmail.com

Notas:

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

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Haiyen Lucia Narvaez

Dirección: Carrera 14 # 9-05

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.	✓	

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 q la unidad de servicios se encuentra en optimas condiciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz

Firma de la persona que realiza la verificación

cc. 36114695 TP. 176683

Celular: 3223801754

Correo electrónico:

Scanned with CamScanner

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 FSYIC-0098- 00/00/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/09/2022

FECHA: 28-08-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Ana Lucia Muñoz y Sandra Mercedes 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?	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?	✓	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita?	✓	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	✓	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	✓	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	✓	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Maryen Lucia Narvaez
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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 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 su dotacion completa

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Leider Santiago Rodriguez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Maryen Lucia Narvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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	✓	
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 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
El usuario cuenta con la dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yoder esteban Gonzalez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Marleny Lucia Narvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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 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 dotacion completa

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Hector Estiven Sanboni

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Maryen Lucia Navarro

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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	✓	
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 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
El usuario cuenta con dotación completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Leonardo Rosas

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Maryen Lyria Narvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Scanned with CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28-08-2024	CENTRO ZONAL	Pitalito
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Maryen Lucia Narvaez			

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		2	0002052040	13 octubre 2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se observa los alimentos bien conservados.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:	
La señora Maryen esta dando buen uso al alimento	
FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Maryen Lucia Narvaez	Ana Lucia Munoz

Scanned with 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

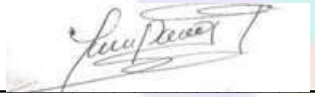
CERTIFICA

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, realizo acciones para que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participaran en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y adecuando el cronograma de visitas de acuerdo con los tiempos disponibles de las familias:

1. Encuentros biológicos
2. Talleres de fortalecimiento a las familias frente a escucha activa y roles paternos

Neiva – 06 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

Fecha de visita: 28/08/2024

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
Fundación Social "40 de cuido"	Calle 1A # 5-52 B/ Trinidad	320 422 7379

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra H. Rodriguez	36 286 406	3125754537

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
31/07/24	Ana Lucia Muñoz	Fundación Social "40 de cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rivera	García	Paula Alejandra
	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.

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: Kra 2A # 27-21	Tel. Fijo	Celular: 3125098374
Barrio: Arandanos	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☑ 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	Maria José Salgado vega	10/09/2009	1083892928	2358065J	17/07/2019	Defensoria de Familia Cbarbo lopez
2		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

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 alimentarios 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:

La usuaria cuenta con vinculación a Salud, de igual manera al sistema educativo, goza de

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

de buenos hubitos alimenticios, cuenta con citados al dra,

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

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

	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:

María José no recibe encuentros pedagógicos, realiza prácticas de autocuidado, disfruta de entornos protectores y protegidos, expresa libremente sus sentimientos.

Scanned with 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:

En el momento de la visita se puede evidenciar que la carpeta de la usuaria se encuentra al día con toda la documentación requerida y actualizada.

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 evidenciar que la vivienda cuenta con todos los elementos de dotación, en buenas condiciones.

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	✓		28/05/24
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	✓		
Carne de manipulacion de alimentos	✓		17/06/2024
Certificación primeros auxilios	✓		08/07/2024
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

La Carpeta de la madre FORTITU Cuenta con toda la documentación requerida, los documentos estan foliados, con separadores y en buen estado y 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.

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
Especio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

En la visita se puede evidenciar que la vivienda se encuentra en buen estado, los espacios amplios y agradables, los dormitorios en orden.

Scanned with CamScanner

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

Se le recomienda a la madre sustituta continuar realizando el acompañamiento a la niñez en todos los espacios.

- Se le reconoce la labor, la disponibilidad y el trabajo que viene realizando con la niñez.

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

Actividades desarrolladas en la visita:

_____Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
_____Diálogo grupal con niñas, niños 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 Cortes	Paola Rivera.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
	Paola Rivera
CC. 36286406 TP. 492536656	CC. 1082729043.
Celular: 3125554537	Celular: 3123098379
Correo electrónico: [illegible]	Correo electrónico: [illegible]

Notas:

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

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

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: 23-08-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Paula Andrea Rivera

CENTRO ZONAL: Ptalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Ana Lucia Muñoz, Sandra Mercedes 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?	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:

Paula Rivera

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with 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: Paula Andrea Rivera

Dirección: Barrio los Arrayanes Ataviz

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.	✓	

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.	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

La Unidad de Servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo y demas

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Ana Lucia Muñoz
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 36114695	**TP.** 176683
Celular: 3225897754	
Correo electrónico:	

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	✓	
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 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
La usuaria cuenta con la dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Maria Jose Salgado Vega

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Paula Rivera

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Scanned with CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28-08-2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Paula Alexandra Rivera Garcia

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1	0002052040	15-octubre 2024
			1	0002052040	15 octubre 2024
			1	0002052040	15-octubre 2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se encuentra bien conservada

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

La Madre Sustituta brinda un buen uso a la Bienestarina

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Paula Rivera	Ana Lucia Muñoz

Scanned with CamScanner

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

Fecha de visita: 20/08/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	✓	Discapacidad	✓	Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación "Yo le curdo"		

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra M. Rodrigz	36286406 nlo	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
20/08/2024	Sandra Marcela Rodriguez	Fundación "Yo le curdo"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Ramos	Yeni Andrea
	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.

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: Corregimiento Boscecallo	Tel. Fijo	Celular 3114667015
Barrio:	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	Jeampoll David ovalle Salamca	DD/MM/AA 5/01/2016	1083922961	2351027 56	DD/MM/AA 09-05-2024	Claudio Hernan Lopez Defensor.
2	José Camilo Magon Tique	DD/MM/AA 23-05-2018	1083837636	2359487	DD/MM/AA 16-05-2024	Claudio Hernan Lopez Defensor
3	Asmd Nicoll Magon Tique.	DD/MM/AA 16-02-2011.	1036910049	2359488	DD/MM/AA 16-05-2024	Claudio Hernan Lopez Defensor
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

Scanned with 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:

Scanned with CamScanner

Todos los ujuamos cuentan con afiliación al sistema de salud, gozan de buena alimentación balanceada y nutritiva, de igualmanera cuenta con afiliación al sistema de educación. Se encuentran en actividades extracurriculares cantan, cuentan con su respectivo documento de identidad.

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

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

	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:

El usuario Jeanpoll David Arana programado para el día 27.08.2021 presento biometria autorizado por la entidad competente los Hermanos Magos Tegue se encuentra en proceso de adoptabilidad cuentan con acompañamiento interdisciplinario e intervenido por el equipo de la fundación "yo te cuido", todos los usuarios expresan sus emociones libremente, y disfrutan de entornos protectores.

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										

Observaciones:

- No se evidencia la valoración inicial por el area de trabajo social y psicologia, es de aclarar que en la carpeta de la fundacion "yo te cuido" si se evidencian, los seguimientos si se evidencian. por el area de nutricion si se evidencia en la carpeta de la madre gestante, el niño Jeancarlo no cuenta con boletin del ultimo periodo cursado los hermanos magan Tique si se encuentran en la carpeta de la madre gestante, el cuaderno de experiencias se encuentra el dia 16-08-2024

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)

Todos los niños cuentan con los elementos básicos, de uso personal, escolar y de aseo, en buenas condiciones.

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

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

La carpeta de la mamá Instituto Cuenta con todos los documentos, actualizados y la carpeta cuenta con separadores para mayor 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.

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

	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 una cocina limpia, la despensa organizada y los alimentos rotulados, los espacios son amplios y acogedores, todo esta en orden y limpio.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA 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 recomienda a la madre continuar realizando acompañamiento a los espacios de la vereda, brindandoles afecto y comunicación.

CLASIFICADO

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

_____Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
_____Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
__7__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)

__7__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
Jenifer Paredes Rodríguez	Yeni Andrea Rojas
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
	Yeni Andrea Rojas
CC: 36286476 TP: 4925336	CC. 36293823
Celular: 3115544731	Celular: 3114662015
Correo electrónico:	Correo electrónico: yenisandrea0521@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.**

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.	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

Al momento de la visita se observa los espacios de la casa con buen aseo higiene y en optimas condiciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz Ortega

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 36114695 TP. 176683

Celular: 3223801754

Correo electrónico:

Scanned with 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 Ruinos

Dirección: Corregimiento de Gaceucallo

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
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.	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	

Scanned with CamScanner

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

FECHA: 20/08-2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yuli Andrea Rojas

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Analucia Muñoz (Psicologa) Sandra M Rodriguez TS

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?		
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:

Yeni Andrea Rojas
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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	N/A	
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
Se encuentra con dotacion al dia

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Jose camilo ma gon

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yeni andrea Rosas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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	NA	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

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

OBSERVACION GENERAL
Usuaria se encuentra con su dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Astrid Nicol Mayon Tique

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yeni Andrea Rojas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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 2 de 4

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

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

OBSERVACION GENERAL
Usuario cuenta con la dotacion completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Jeampoll Oyola

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yeni Andrea Rojas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Scanned with 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	Pilolito

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?		No. Aplica X	Madre sustituta manifiesta NO haber Recibido la Bienestarina

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Yeni Andrea Rojas	Ana Lucia Muñoz

Scanned with CamScanner

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

Fecha de visita: 28/08/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	—	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle 1A # 5-52 B/ Trinidad	3223801754

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Sandra M. Rodriguez	36286406	3125354534

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
30/07/24	Ana Lucia Muñoz	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Arbeláez	Yuli Andrea
	Identificación: 1083887399.		

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Comuna 6 Bocacalle		3219706291
Barrio:	Correo electrónico:	
Cerela el Tigre		

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	Sofia Hoyos Chilito	11/01/2015	1084260020	N/A	21/04/2023	Comisaria Familia Isnos
2	Yenni Patricia Tirado Toro	04/04/2002	1119212746	2353 4835	23/11/23	Defensora Claudia Lopez.
3	Angel Daniel Cruz Peña	19/07/2017	1.144.637312	2351 03148	21/08/2024	Defensor Claudia Lopez
4	Liam Camilo Perez Peña	06/05/2023	1083942596	23510 2097	21/08/2024	Defensora Claudia Lopez.
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

Scanned with 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 se puede evidenciar que los usuarios cuentan con la documentación requerida.

Scanned with CamScanner

Del niño Angel David no cuenta con seguimiento escolar ya que hace 7 días que ingresaron a la modalidad de hogar sustituto, y se le realiza vinculación a la TE el Tigre del Compromiso de Guacamallo, el niño Cristian Camilo tiene 15 meses de edad por lo anterior no se encuentra vinculado al sistema de educación, ni tiene proyecto de vida.

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

Scanned with 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 Juana Sofia Hoyos Chilito es la unica que recibe eventos terapeuticos con su red familiar, los Hermanos Angel y Juan estan a la espera que la entidad competente notifique cuando van a recibir dicho eventos.

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

4.3. 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:

Durante la visita se puede evidenciar que las carpetas de las niñas Sofia y Yenni Contan todos los documentos requeridos y las carpetas se encuentran al día. Las carpetas de los hermanos Angel y Cram se encuentran en proceso de organiza ya que ingresaron a la unidad el 21-08-2024. Se encuentra en proceso de solicitud de citas medicas.

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

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

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

Las niñas Sofia y Yenni cuentan con todas las dotación suministrada por la fundación. Los niños Angel y Liam no cuentan con la dotación de aseo, ropa, personal. Se presenta en proceso dotación escolar del niño Angel.

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	✓		
Carne de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

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

Scanned with CamScanner

Observaciones:

Durante la visita se pede evidenciar que la Carpeta de la madre sustituta cuentan con toda la documentación requerida y actualizada se encuentra en orden y cuenta con todos los separadores para mejor entendimiento de la misma.

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:

En el momento de la visita se puede evidenciar que la vivienda se encuentra en buenas condiciones en general y de aseo, cuenta con espacios amplios y agradables

Scanned with CamScanner

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

- Se le reconoce a la madre sustituta continuar realizando el acompañamiento a todos los niños, garantizando la atención integral.

- Se reconoce la labor realizada con los niños y se exalta su trabajo.

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

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)

__1__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 Mercedes Rodriguez	Yoli Andrea Rojas A.
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 36276476 TP. 4928321 53	CC. 1083687394
Celular: 3128554527	Celular: 3219706296.
Correo electrónico: [illegible]	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 SATISFACCIÓN

VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIO

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo calificas 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 calificas el manejo y la forma en la que se explicó la visita?	✓			
4. ¿Cómo fue la puntual del profesional durante la visita?	✓			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	✓			
	✓			

	SI	NO
6. ¿El profesional cumplió de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	✓	
7. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y padres durante la visita?	✓	
8. ¿Le dieron la información suministrada por el profesional durante la visita?	✓	
9. ¿El profesional se despidieron por la entrada, salida o posterior?	✓	
10. ¿El profesional le dejaron el lugar en el lugar para realizar la visita?	✓	

Observaciones de la Madre Cuidadora:

Scanned with 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 A

Dirección: Vereda el Tiare. corregimiento de 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.	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.	✓	

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.	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

La unidad de Servicio se encuentra en optimas condiciones Tanto de infraestructura, como de Aseo.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Ana Lucia Muñoz Ortega

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 36114695 TP. 176683

Celular: 3223801734

Correo electrónico:

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 1 de 4

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

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

OBSERVACION GENERAL
el Usuario cuenta con su dotación completa

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Liam Camilo Pérez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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 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
El usuario cuenta con la dotacion completa y en buen estado

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Angel David Cruz

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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 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
Usuaria cuenta con su dotacion completa al momento de la visita

FIRMA O HUELLA DELUSUARIO: Sofia Hoyos chilito

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

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

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	✓	
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 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
La usuaria cuenta con su dotacion

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yeni Patricia Tirado Toro

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Scanned with CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28-08-2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA
Yuli Andrea Rojas Artunduaga

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		2	000205 2040	15 octubre 2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Almacenado en buen estado y bien conservado

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
La Señora Yuli Rojas hace buen uso de la Biencstarina

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Ana Lucia Muñoz

Scanned with CamScanner

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

LA SUSCRITA REPRESENTANTELEGAL 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 agosto del año 2024, se dio cumplimiento con el componente de alimentación y nutrición, acorde con lo establecido en los documentos técnicos, manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto, memorandos, requerimientos y/o directrices que emita el ICBF:

1. Jornada de educación alimentaria a madres sustitutas
2. Seguimiento nutricional a usuarios de la modalidad.

Se expide en Neiva el día 02 de Septiembre del 2024



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, garantizó a los beneficiarios ubicados en el centro zonal Garzón, Pitalito y la Plata la entrega de los elementos de dotación personal, escolar, acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos y los tiempos y cantidades establecidos en el manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto:

Como se relaciona a continuación:

DOTACIONES	GARZON	PITALITO	LA PLATA	TOTAL
DOTACION INICIAL	4	5	2	11
DOTACION ESCOLAR	6	1	1	8
DOTACIONES LUDICAS	0	1	2	3

Neiva – 06 de Agosto del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Cel. 3206193497

Fwd: RE: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Comisariadefamilia <comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co>
Fecha 2024-07-02 14:22

Doctora

ALEJANDRA MONTEZUMA

Acevedo - Huila

De acuerdo al correo que antecede, adjunto encontrará un resumen de las gestiones realizadas para obtener la portabilidad de la usuaria **Luz Angela Sierra Villani** por parte de la Gestora de Caso de la Fundación Yo Te Cuido.

En el proceso actual, hemos identificado la necesidad urgente de actualizar el documento de identidad de la niña. Esta actualización es crucial para asegurar su acceso continuo a servicios de salud y garantizar su derecho fundamental a la educación. Lamentablemente, debido a la falta de registro civil y tarjeta de identidad actualizados, no hemos logrado completar su vinculación de manera efectiva.

Agradecemos de antemano su atención a este asunto y cualquier dirección o apoyo adicional que pueda proporcionar para avanzar en este proceso será altamente apreciado.

Quedamos atentos a cualquier instrucción o solicitud que pueda tener al respecto.

Lo Anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

GESTORA DE CASO - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: RE: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI
Fecha: 2024-07-02 13:51
De: Portabilidad Mallamas EPSI <portabilidad@mallamaseps.com>
Destinatario:"hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com" <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>

Cordial saludo

Me permito informar que verificando la base empresarial de Mallamas EPS-I, la menor Luz Angela Sierra identificada con RC 1061544611, se encuentra suspendida por inconsistencia, usuaria tiene 7 años cuatro meses, por lo tanto, debe realizar la actualización a tarjeta de identidad, favor enviar dicho documento o contraseña para realizar activación de la menor antes mencionada y así no tener inconvenientes en el trámite de portabilidad.

Atentamente,

Yolanda Taimal
P.U. Afiliación y administración de base de datos

ING. JHON JAIRO BASTIDAS
COORDINACIÓN DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

Teléfono: (0927) 738725 - 738726 - 732954 - 733376 - 731751 - 255600 ext 211,212,213,230,232
Celular: 3152160737
Linea Gratuita Nacional: 018000913701 (Atención 24 horas)
portabilidad@mallamaseps.com
Cra 1 Norte No. 4 - 56 Avenida Panamericana

Ipiales, Nariño
Página Web: www.mallamaseps.com

Mallamas EPS Indígena
¡El Autocuidado en Salud para un Buen Vivir!

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S. INDÍGENA
MALLAMAS
"El autocuidado en salud para un buen vivir"

Este email se envía en virtud de la Ley 527 del 18 de agosto de 1999 y la Ley 962 del 8 de julio de 2005, las cuales establecen que la información tramitada por este medio tiene total validez y es objeto de plena prueba.



Ante de imprimir este correo electrónico, piense bien si es necesario hacerlo: El medio ambiente es cuestión de todos.

De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Enviado: martes, 2 de julio de 2024 10:29
Para: Portabilidad Mallamas EPSI <portabilidad@mallamaseps.com>; Aseguramiento <aseguramiento@mallamaeps.com>
Asunto: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

Señores
E.P.S MALLAMAS

Cordial Saludo,

La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto, nos permitimos solicitar traslado de punto de atención de la niña **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** con registro civil **No. 1061544611,** al municipio de Garzón Huila.

Agradeceríamos su pronta atención a este asunto, ya que es fundamental para el bienestar y la salud de SHAROL NIKOL.

Anexo Documento de portabilidad.

Quedamos a la espera de su pronta y eficaz respuesta.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ
T.P 176642
GESTORA DE CASO
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

AUTORIZACION ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO SHAROL NIKOL MAMIAM

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Comisariadefamilia <comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co>
Fecha 2024-07-15 11:13

SHAROL NIKOL H.S.P.pdf (~438 KB)

Garzón, 15 de julio 2024

Señores

COMISARIA DE FAMILIA

Acevedo Huila

Saludo Cordial

Por medio de la presente se solicita a usted como autoridad administrativa la autorización de acompañamiento hospitalario permanente para la usuaria **SHAROL NIKOL MAMIAM VILLANI** quien se encuentra hospitalizado desde el día de hoy 15 de julio del 2024 en el Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón, lo anterior para su previa Autorización, ya que es pertinente realizar dicho acompañamiento y relevo de la madre sustituta de manera prioritaria.

Anexo Solicitud acompañamiento Hospitalario.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

PROFESIONAL EN PSICOLOGIA - GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Fwd: SOLICITUD TARJETA DE IDENTIDAD_LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Comisariadefamilia <comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co>
Fecha 2024-07-10 15:37

report2024-07-08-08-44-15.pdf (~55 KB)

Garzón, 10 de julio 2024

Señores

Comisaria de Familia

Acevedo Huila

Saludo Cordial,

Por medio de la presente, y de manera cordial, me dirijo a usted en mi calidad de Gestora de Caso de la Fundación Social Yo Te Cuido, con el propósito de solicitar su valioso apoyo en dos aspectos fundamentales para el bienestar de la niña **LUZ ÁNGELA SIERRA VILLANI**.

En primer lugar, apoyo y colaboración para actualizar el registro civil de la mencionada niña, específicamente para la emisión de su **"TARJETA DE IDENTIDAD"**. Este documento es esencial para que LUZ ÁNGELA pueda acceder a diversos servicios y derechos fundamentales que le corresponden por ley.

En segundo lugar, apoyo para facilitar las acciones necesarias para la vinculación de **LUZ ÁNGELA SIERRA VILLANI** al **sistema educativo y de salud** en el municipio de Garzón. Estas acciones son parte integral del proceso de atención, seguimiento y garantía de los derechos de la niña, asegurando así que pueda recibir la educación y los cuidados médicos necesarios para su desarrollo integral.

Agradezco de antemano su atención a esta solicitud, su colaboración y apoyo, quedo a la espera de una pronta respuesta.

Anexo Certificado de Inscripción registro civil.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: Fwd: SOLICITUD TARJETA DE IDENTIDAD_LUZ ANGELA SIERRA VILLANI
Fecha: 2024-07-05 18:17
De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com
Destinatario: Comisariadefamilia <comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co>

Garzón, 05 julio 2024

Señores

Comisaria de Familia

Acevedo - Huila

Cordial saludo,

Por medio de la presente y de manera cordial me dirijo a usted como Autoridad administrativa, para solicitar amablemente la documentación “TARJETA DE IDENTIDAD” y las acciones adelantadas para la vinculación de **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** al sistema educativo y de salud en el municipio de Garzón, como parte integral del proceso de atención, seguimiento y garantía de los derechos de la niña.

Agradecemos de antemano su atención a esta solicitud.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

T.P 176642

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: SOLICITUD TARJETA DE IDENTIDAD_LUZ ANGELA SIERRA VILLANI
Fecha: 2024-05-14 14:48
De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com
Destinatario: comisariadefamilia@acevedo-huila.gov.co

Doctora

MARIA ALEJANDRA MONTESUMA

Comisaría de Familia

Acevedo Huila

Cordial saludo,

Por medio de la presente y de manera cordial me dirijo a usted como Autoridad administrativa, para solicitar amablemente la documentación “TARJETA DE IDENTIDAD” y las acciones adelantadas para la vinculación de **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** al sistema educativo y de salud en el municipio de Garzón, como parte integral del proceso de atención, seguimiento y garantía de los derechos de la niña.

Agradecemos de antemano su atención a esta solicitud.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

T.P 176642

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Fwd: Traslado a neiva para siquiatra

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Comisariadefamilia <comisariadefamilia@elagrado-huila.gov.co>
Fecha 2024-07-02 09:31

ANDRES FABIAN PSIQUIATRA .pdf (~725 KB)

Doctora

ERIKA ZANES

Comisaria de familia

Agrado Huila

De acuerdo al correo que antecede, solicitamos a usted como autoridad administrativa la Autorización de viáticos y desplazamiento del menor **Andrés Fabián Pizo Bermúdez** con **RC 1.079.392.462** el día **10 de julio** del 2024 a las 8:00 am en la IPS Fisiohome ubicada en la CRA 5 a 18-33 barrio Quirinal, cita de psiquiatría Pediátrica.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

T.P 776642

PROFESION EN PSICOLOGIA/GESTORA DE CASO - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: Traslado a neiva para siquiatra
Fecha: 2024-07-01 18:30
De: Clara Ines Rojas <rojasclaraines94@gmail.com>
Destinatario: comisariadefamilia@elagrado-huila.gov.co
Cc: HSGESTORDECASOGARZON@fundacionyotecuido.com

Buen día,

Solicito su ayuda para validar autorización para asistir a la cita con el menor Andrés Fabián Pozo Bermudez con RC 1.079.392.462 a cita de psiquiatría Pediátrica el dia 10 de julio a las 8:00 en la ciudad de Neiva en la IPS Fisiohome ubicada en la CRA 5 a 18-33 barrio Quirinal.

Quedó pendiente de la respectiva aprobación para poder asistir

Atentamente:

Clara Ines Rojas Cumbe
Madre sustituta
Cc.55058747

PETICION CITA JESUS DANIEL VALENCIA

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Citasweb Hospital <citasweb.hospital@huhmp.gov.co>
Fecha 2024-07-08 16:17

CamScanner 27-06-2024 09.39 (1).pdf (~1.5 MB)

Garzón, 08 julio 2024

SEÑORES

HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

Neiva Huila

Saludo Cordial

Buen día, la Fundación social YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, cuyo objetivo es: Brindar atención a los niños, niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, con la ubicación en la modalidad Hogar Sustituto; de manera muy atenta me permito solicitar de su apoyo para la asignación de cita para LA CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMINETO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA para el usuario **JESUS DANIEL VALENCIA SACANAMBOY** identificado con R.C 1082130780, Teniendo en cuenta que la madre sustituta VIANEY GALINDO quien se encuentra a cargo del niño quien manifiesta "Me he comunicado en reiteradas ocasiones con los números que me indicaron y hasta la fecha no he obtenido respuesta".

Lo anterior con el fin de garantizar los derechos fundamentales a la salud seguridad social y vida que le asiste como sujeto de especial protección constitucional.

Agradezco su pronta colaboración y eficaz respuesta.

Atentamente

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

TP. 176642

Gestora de Caso

Fundación Social Yo te Cuido - Modalidad Hogares Sustitutos

ANEXO ORDEN Y AUTORIZACION

DOCUMENTOS NAHARA ZURIETT PEREZ

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Claudio Lopez <Claudio.lopez@icbf.gov.co>
Fecha 2024-07-06 17:20

Garzón, 06 julio 2024

Doctor

CLAUDIO HERNAN LOPEZ GUTIERREZ

Defensor de Familia

Defensoría de Familia 4

Pitalito Huila

Cordial saludo,

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

De acuerdo a lo siguiente:

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

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

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

PSICOLOGA T.P 176642 - GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

PORTABILIDAD CATALEYA GOEZ MONTOYA

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Comisariafamilia <comisariafamilia@suaza-huila.gov.co>
Fecha 2024-07-10 10:24

WhatsApp Image 2024-07-10 at 10.23.22 AM.jpeg (~55 KB)

Garzón, 10 julio 2024

Doctora

Laura Natalia Valenzuela Bermúdez

Comisaria de Familia Suaza (H)

Saludo Cordial,

Por medio de la presente, y en calidad de Gestora de Caso, de la Fundacion Social Yo te Cuido, nos dirigimos a usted como autoridad Administrativa para solicitar respetuosamente la portabilidad de afiliación al sistema de salud de la niña **CATALEYA GOEZ MONTOYA**, identificada con registro civil No. 1.077.856.836.

En virtud de lo expuesto, solicitamos de su colaboración para gestionar la portabilidad de la afiliación de la niña al municipio de Garzón, con el objetivo de gestionar adecuadamente las acciones pertinentes dentro del sistema de salud. En la actualidad, la niña se encuentra afiliada a **ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S "SAVIA SALUD EPS"**, bajo el régimen subsidiado.

Asimismo, hemos revisado la plataforma del SISBEN y se ha constatado que la niña no está registrada en el sistema. La madre sustituta ha informado que, debido a la falta de registro en el SISBEN, no es posible continuar con la afiliación al sistema de salud.

En consecuencia, solicitamos su amable colaboración para facilitar el proceso de portabilidad de la afiliación, con el fin de garantizar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud de la niña **CATALEYA GOEZ MONTOYA**.

Agradecemos de antemano su atención a esta solicitud y quedamos atentos a cualquier requerimiento adicional que permita avanzar en este proceso.

Se Adjunta; Pantallazo consulta sistema de SISBEN.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

PROFESION EN PSICOLOGIA/GESTORA DE CASO - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

WhatsApp Image 2024-07-10 at 10.23.22 AM.jpeg ~55 KB



Fwd: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Karol Campos <karol.campos@icbf.gov.co>
Fecha 2024-07-09 10:58

CERTICADO DE NOTAS GRADO QUINTO LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO.pdf (~465 KB)

Garzón, 09 julio 2024

Doctora,

KAROL YOHANA CAMPOS

Defensora de Familia

Garzón - Huila

Saludo Cordial,

Por medio de la presente, me dirijo respetuosamente a usted en calidad de Gestora de Caso de la Fundacion Social Yo Te Cuido sede Garzón, solicitando su colaboración para gestionar el certificado de estudio original de grado quinto de primaria de la adolescente **Leydi Yohana Aley Perdomo**. Este documento es requerido como requisito esencial para su graduación como Bachiller.

La adolescente **Leydi Yohana Aley Perdomo** completó su educación primaria en el Colegio Gimnasio Católico San Nicolás de Bari, sede 01 principal, institución reconocida oficialmente bajo el registro NIT: 901041041-6. Por lo tanto, le solicito amablemente que nos asista en la obtención efectiva de este documento indispensable.

Agradeciendo de antemano su pronta atención y colaboración en este asunto, quedo a su disposición para cualquier información adicional que pueda requerir.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

GESTORA DE CASO - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO
Fecha: 2024-05-14 12:37
De: Alix Cabrera <Alixcabreravar@hotmail.com>
Destinatario: Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>
Cc: "HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com" <HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com>, "HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com" <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>, "hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com" <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>

Cordial saludo Doctora Karol,

Mediante el presente, solicito su valiosa colaboración en escalar la solicitud del Certificado de estudio de Grado Quinto en original de la niña Leydi Yohana Aley Perdomo, ya que se requiere como requisito para recibir el grado de Bachiller.

Contamos con una copia del certificado de Quinto, pero no fue aceptada por la secretaría del colegio Jenaro Díaz Jordán del municipio de Garzón Huila, donde se encuentra cursando el grado 10 y 11 en jornada nocturna, manifestando que se requiere el Certificado del grado Quinto en Original para cumplir con los requisitos establecidos y poder recibir el título de Bachiller.

La niña Leydi Yohana Aley Perdomo, realizó el grado Quinto de primaria en el colegio Gimnasio Católico San Nicolas de Bari sede 01 principal, reconocido oficialmente mediante registro Nit: 901041041-6 , ubicado en la calle 4 No 6-51 de la ciudad de Bogotá, teléfono 8281528. Esta información reposa en la copia del certificado anexo.

Anexo:

- Copia del certificado de quinto de primaria de la niña Leydi Yohana Aley Perdomo.

Agradezco su valiosa colaboración al respecto.

Cordialmente,

ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS
Madre sustituta
Cel: 313 3803136

De: Alix Cabrera
Enviado: lunes, 13 de mayo de 2024 9:41 a. m.
Para: Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>
Cc: HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com <HSTRABAJADORASOCIALGARZON@fundacionyotecuido.com>; HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com <HSPSICOLOGIAGARZON@fundacionyotecuido.com>; hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Asunto: APOYO EN SOLICITUD DE CERTIFICADO ESCOLAR DE LA NIÑA LEYDI YOHANA ALEY PERDOMO

Cordial saludo Doctora Karol,

Mediante el presente, solicito su valiosa colaboración en escalar la solicitud del Certificado de estudio de Grado Quinto en original de la niña Leydi Yohana Aley Perdomo, ya que se requiere como requisito para recibir el grado de Bachiller.

Contamos con una copia del certificado de Quinto, pero no fue aceptada por la secretaría del colegio donde se encuentra cursando el grado 11, manifestando que se requiere el Original para cumplir con los requisitos establecidos y poder recibir el título de Bachiller.

Anexo:

- Copia del certificado de quinto de primaria donde se especifican los datos donde cursó el grado Quinto de primaria.

Agradezco su valiosa colaboración al respecto.

Cordialmente,

ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS
Madre sustituta
Cel: 313 3803136

SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Portabilidad <portabilidad@mallamaseps.com>
Fecha 2024-07-15 10:29

LUZ ANGELA SIERRA VILLANI.pdf (~238 KB)

Garzón, 15 de julio 2024

Señores

E.P.S MALLAMAS

Cordial Saludo,

De acuerdo al correo que antecede, me permito realizar la solicitud formal para la respectiva actualización de los datos en la EPS MALLAMAS, se informa la actualización de los datos correspondientes a tarjeta de identidad de la Menor **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** Identificada con **T.I. 1061544611,** como Fundacion Social Yo te Cuido nos permitimos solicitar de manera respetuosa la actualización y traslado de punto de atención de la niña en mención al municipio de Garzón Huila, La menor se encuentra actualmente en un proceso de restablecimiento de derechos, y es de suma importancia que pueda acceder a los servicios de salud y valoraciones médicas necesarias en su nueva ubicación.

Anexo Documento de Identidad LUZ ANGELA SIERA VILLANI.

Quedamos a la espera de su pronta y eficaz respuesta.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Asunto: RE: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI
Fecha: 2024-07-02 13:51
De: Portabilidad Mallamas EPSI <portabilidad@mallamaseps.com>
Destinatario: "hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com" <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>

Cordial saludo

Me permito informar que verificando la base empresarial de Mallamas EPS-I, la menor Luz Angela Sierra identificada con RC 1061544611, se encuentra suspendida por inconsistencia, usuaria tiene 7 años cuatro meses, por lo tanto, debe realizar la actualización a tarjeta de identidad, favor enviar dicho documento o contraseña para realizar activación de la menor antes mencionada y así no tener inconvenientes en el trámite de portabilidad.

Atentamente,

Yolanda Taímal
P.U. Afiliación y administración de base de datos

ING. JHON JAIRO BASTIDAS
COORDINACIÓN DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

Teléfono: (0927) 738725 - 738726 - 732954 - 733376 - 731751 - 255600 ext 211,212,213,230,232
Celular: 3152160737
Linea Gratuita Nacional: 018000913701 (Atención 24 horas)
portabilidad@mallamaseps.com

Cra 1 Norte No. 4 - 56 Avenida Panamericana

Ipiales, Nariño
Página Web: www.mallamaseps.com

Mallamas EPS Indígena
¡El Autocuidado en Salud para un Buen Vivir!

Este email se envía en virtud de la Ley 527 del 18 de agosto de 1999 y la Ley 962 del 8 de julio de 2005, las cuales establecen que la información tramitada por este medio tiene total validez y es objeto de plena prueba.
1495493767121_image001.png
Ante de imprimir este correo electrónico, piense bien si es necesario hacerlo: El medio ambiente es cuestión de todos.

De: hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Enviado: martes, 2 de julio de 2024 10:29
Para: Portabilidad Mallamas EPSI <portabilidad@mallamaseps.com>; Aseguramiento <aseguramiento@mallamaeps.com>
Asunto: SOLICITUD PORTABILIDAD LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

Señores
E.P.S MALLAMAS

Cordial Saludo,

La fundación SOCIAL YO TE CUIDO con sede en el municipio de Garzón, ejecuta contrato con el instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, cuyo objetivo es brindar atención a los niños niñas y adolescentes que cuentan con un proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la ubicación en la modalidad hogar sustituto, nos permitimos solicitar traslado de punto de atención de la niña **LUZ ANGELA SIERRA VILLANI** con registro civil **No. 1061544611,** al municipio de Garzón Huila.

Agradeceríamos su pronta atención a este asunto, ya que es fundamental para el bienestar y la salud de SHAROL NIKOL.

Anexo Documento de portabilidad.

Quedamos a la espera de su pronta y eficaz respuesta.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ
T.P 176642
GESTORA DE CASO
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

TEST VOCACIONAL LEIDY YOHANA ALEY

De <hsgestordecasogarzon@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Karol Campos <karol.campos@icbf.gov.co>
Fecha 2024-07-19 09:10

Resultado test Preferencias Vocacionales.pdf (~499 KB) Correo_ Leidy Perdomo - Outlook.pdf (~31 KB)

Garzón, 19 julio 2024

Doctora,

KAROL YOHANA CAMPOS

Defensora de Familia

Garzón - Huila

Saludo Cordial,

Me dirijo a usted como autoridad Administrativa, para compartir los resultados del test vocacional realizado por LEIDY YOHANA ALEY PERDOMO el día 18 de julio del 2024. Este test tiene como objetivo ayudar a identificar sus intereses, aptitudes y potenciales áreas de desarrollo profesional.

A continuación, les presento un resumen de los resultados obtenidos:

Resumen de Resultados del Test Vocacional

Áreas de Interés Principal: Medicina, Radiología, Dermatología, Epidemiología, Medicina Interna, Neurología, Optometría, Oftalmología, Ginecología, Traumatología, Pediatría, Urología, Medicina Familiar, Fisiatría, Podología, Farmacia, Enfermería, Anestesiología, Psicología, Audiología, Medicina Nuclear, Derecho.

Habilidades y Aptitudes Destacadas: Comunicación, liderazgo.

Sugerencias de Áreas Profesionales: Dietista/Nutricionista, Psicólogo Clínico, Neurólogo, Epidemiólogo, Juez.

Interpretación de los Resultados:

LEIDY YOHANA ALEY PERDOMO ha demostrado un interés notable en PSICOLOGIA y posee habilidades destacadas en comunicación, comprensión y liderazgo. Estas características sugieren que podría disfrutar y sobresalir en Dietista/Nutricionista, Psicólogo Clínico, Neurólogo, Epidemiólogo, Juez. Es importante considerar que estos resultados son una guía inicial y pueden ser complementados con exploraciones adicionales en diferentes áreas de estudio y actividades.

Próximos Pasos:

Reunión para Profundizar: Agendar una reunión para discutir en detalle los resultados y explorar juntos las opciones disponibles.

Adjunto a este correo encontrarán el informe completo del test vocacional para su revisión.

Quedo a su disposición para cualquier consulta o para coordinar la reunión mencionada. Estoy aquí para apoyarles en este proceso y ayudar a LEIDY YOHANA ALEY PERDOMO a explorar sus opciones profesionales de manera informada y efectiva.

Muchas gracias por su atención y quedo a la espera de su respuesta.

Atentamente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

GESTORA DE CASO - FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Adjuntos:

Informe Completo del Test Vocacional LEIDY YOHANA ALEY PERDOMO.

Re: SOLICITUD DE DOCUMENTACION

A Claudio Hernan Lopez Gutierrez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co> el 2024-07-16 12:05

Detalles | Cabeceras | Sólo texto

El 2024-07-15 10:59, hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com escribió:

Cordial saludo

Doctor Claudio, de manera respetuosa reitero la necesidad de contar con su apoyo para lograr la vinculación al sistema escolar la niña MARIA JOSE FIGUEROA , la niña ya se encuentra en la unidad de servicio de la señora DISNEY GARCIA desde el día 05-07-2024, quien a realizado las gestiones pertinentes ante las instituciones educativas del municipio de la Plata, y entre los documentos para la inscripción mencionan que se necesitan las notas parciales del tiempo que la niña asistió a la institución educativa educativa HUMBERTO MUÑOZ SEDE LOS NOGALES de Pitalito H en el 2024 y el certificado de estudio del grado primero.

Desde el operador se ha intentado comunicación con la institución educativa y no ha sido posible, por lo que no s urge su apoyo.

Quedando Atenta



PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO-SEDE LA PLATA

3124564343

El 2024-07-11 19:47, disney garcia gualteros escribió:

Buenas tardes señora Rectora Piedad Rocio Mosquera Vargas, muy comedidamente me dirijo a usted con el fin de solicitarle la documentación escolar de la niña MARIA JOSE FIGUEROA ORTEGA identificada con tarjeta de identidad # 1083918354, de notas del primer periodo ya que se encontraba cursando el grado 2 de primaria en la INSTITUCION EDUCATIVA HUMBERTO MUÑOZ SEDE LOS NOGALES de Pitalito H. Es que he llamado y no he logrado que me conteste y para poder realizar la matricula necesito certificados de los años anteriores.
Ya cuento con la constancia de segundo y el retiro del colegio para me hace falta lo anterior. Cualquier información al correo electrónico disneygarcia2017@hotmail.com o al wasap 3106284835.
Por su atención prestada y pronta respuesta quedo muy agradecida.

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

Enviado desde Correo para Windows

--

--

Redactar
Correo
Contactos
Configurac...
Retroalime...
Cerrar sesi...

hsgestordecasoplata...

Entrada 34
Borradores
Enviados
SPAM
Papelera

Enviados
Seleccionar Hilos Opciones

Buscar...

- Re: REVISION DE SEGUIMIENTOS...
  colgalanvive@hot... 2024-06-19 11:34
- Solicitud de certificado de aproba...
  guacacallo@semp... 2024-06-19 11:04
- Solicitud de certificado de aproba...
  afiliate@emssanar... 2024-06-14 15:37
- Solicitud de cita con la especialid...
  hspsicologiaplata... 2024-06-14 15:11
- Fwd: aprobación de viaticos de O...
  Hsauxiliaradminist... 2024-06-14 15:10
- Fwd: RE: Nuevo documento(1).pdf
  Claudio Lopez, Cla... 2024-06-14 11:44
- Solicitud de apoyo de vinculación...
  comisariadefamili... 2024-06-13 12:04
- Solicitud de apoyo vinculacion es...
  Rectoria Pacarni, P... 2024-06-13 10:24
- Solicitud de certificados de aprob...
  rectoria.pacarni@... 2024-06-13 10:17
- Solicitud de certificados de grado...
  fisiohomesas2010... 2024-06-13 09:27
- Re: Solicitud de cita de psiquiatrí...
  Fisiohomesas, Fisi... 2024-06-13 09:22
- Solicitud de cita de psiquiatría pa...
  Equipointer Comis... 2024-06-12 11:03
- Solicitud de entrega de gotas de ...
  Claudia Liliana Vid... 2024-06-12 09:05
- Re: cotizaciones de las gafas kris...
  Comisariayfamilia 2024-06-11 18:51
- Solicitud de valoración nutricional...
  Claudia Vidal 2024-06-11 15:07
- Fwd: cotizaciones de las gafas kri...
  Comisariayfamilia 2024-06-11 14:48
- solicitud de certificado de aproba...
  Comisariayfamilia 2024-06-11 14:37
- Solicitud de documentos, certific...
  Audiolinea 2024-06-11 11:21
- Solicitud de cita de psiquiatría pe...
  Agendaaprenderips 2024-06-11 11:10
- Fwd: SOLICITUD DE CITA PARA P...
  COORDINADORZO... 2024-06-10 20:37
- Fwd: RE: Nuevo documento(1).pdf
  Claudia Vidal 2024-06-10 18:33
- Fwd: Nuevo documento(1).pdf
  Hsauxiliaradmnistr... 2024-06-07 14:12
- Fwd: EPICRISIS MARIA JOSE FIG...
  Eliana Alvarez 2024-06-07 09:02
- Fwd: RE: Fwd: RV: Re: Medicame...
  Hsauxiliaradmnistr... 2024-06-06 16:57
- Fwd: RV: Re: Medicamento usuari...
  Equipo Interdiscipl... 2024-06-06 16:53
- Re: para informarle la situación

100%

Mensajes 51 a 100 de 283 2

Responder Reenviar Eliminar SPAM Marcar Más

Solicitud de certificados de grado aprobado

A rectoria.pacarni@gmail.com, 1 más... el 2024-06-13 1(

Detalles Cabeceras Sólo texto

Cordial saludo

Me dirijo a ustedes de forma respetuosa en calidad de gestora aprobación del grado 6 de la niña Leidy Milena Anacona Ruiz grado 7 con el fin de vincularla a la actividad educativa y brin

Atentamente

Laura Daniela Olcunche Noscue

Gestora de caso de la Fundación social yo te cuido.

Responder

Re: Solicitud de tarjeta de identidad de la usuaria María Alendra Mendez Vera y certificados de estudio

A comisariadefamilia comisariadefamilia <comisariadefamilia@iquira-huila.gov.co> el 2024-07-16 10:18

Detalles | Cabeceras | Sólo texto

Para proteger su privacidad, los recursos remotos han sido bloqueados. Permitir | Permitir siempre de hsgestordecas...

Cordial saludo

Doctor Hervyn, teniendo en cuanta que el documento de identidad es indispensable para las diferentes atenciones que la niña debe recibir , solicito de manera respetuosa se nos indique que acciones debemos realizar para obtener el documento, si la reportamos como perdida y solicitamos duplicado..

Así mismo solicito se me comparta el numero de contacto de la progenitora ya que es importante iniciar el proceso de fortalecimiento con el medio familiar biológico; tal vez ella nos pueda apoyar con la documentación que necesitamos para la vinculación escolar .

Quedando Atentas

El 2024-06-24 15:35, comisariadefamilia comisariadefamilia escribió:

> Cordial saludo,
>
> Mediante la presente le informo que este despacho tomó contacto con la progenitora de la menor, sin embargo la misma adujo no tener conocimiento de los documentos de la niña, de tal forma no es posible acceder a lo solicitado. Frente a los documentos estudiantiles, los mismos se han solicitado a la IE Maria Auxiliadora de Iquira y nos encontramos a la espera de su respuesta.
>
> El jue, 20 jun 2024 a las 10:16, <hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com> escribió:
>
> > 20 de junio del 2024
> >
> > Cordial saludo
> >
> > Me dirijo a ustedes de forma respetuosa en calidad de gestora de caso de la fundación social yo te cuido para solicitar su colaboración en la entrega del documento de identidad de la niña María Alejandra Méndez Vera con número de tarjeta de identidad 1.084.869.423, quien lo necesita de forma urgente para realizar los diferentes tramites pertinentes de salud, educación y demás.
> >
> > También pido su colaboración para que nos envíen los documentos de certificado de aprobación del grado 1 y los boletines de primer periodo del grado 2, estos se necesitan de forma Urgente ya que la usuaria no se ha podido vincular a la actividad educativa. Y es de suma importancia brindar este derecho.
> >
> > Agradezco su atención
> >
> > Atentamente
> >
> > Laura Daniela Olcunche Noscue
> >
> > Gestora de caso de la fundación social yo te cuido.

SOLICITUD DE INFORMES Y CERTIFICADOS DE ESTUDIO

A Rosalba Pascuas Triana <Rosalba.Pascuas@icbf.gov.co> el 2024-07-11 09:32

Detalles | Cabeceras | Sólo texto

20244700100007241 1 PETICIÓN DCTOS Y.N.H..pdf (~211 KB)

Cordial saludo

Doctora Rosalba, de manera respetuosa solicito se me indique la institución educativa envió los certificados de estudio del niño YEISON NARANJO, es urgente contar con esta documentación debido a que la madre sustituta ya separo el cupo en la institución educativa San Sebastián sede La libertad, y no permiten realizar la inscripción si no se cuenta con la documentación completa.

Quedando Atenta

--



PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ

GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO-SEDE LA PLATA

3124564343

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

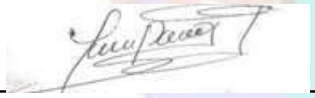
LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

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, realizo las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características.

Neiva – 05 de agosto del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

Fecha 2024-06-17 09:18

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

Garzón, Junio 2024

Señor

ARISMENDY MORA GONZÁLEZ

Secretario de Educación, Deporte, Recreación Cultura y Turismo

Garzón Huila

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

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

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

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

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

Cordialmente,

JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ

PROFESIONAL EN PSICOLOGIA-GESTORA DE CASO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO - SEDE GARZÓN

IMCRD-2024-00480

Pitalito, 17 de junio del 2024.

Señor
LINA MARIA SUAREZ
Psicóloga
Pitalito- Huila

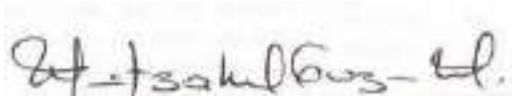
Asunto: Respuesta a solicitud con radicado No. 000443 del 14 de junio de 2024.

Cordial saludo, en atención a su solicitud de apoyo con una muestra de danza, en el marco del desarrollo del acto" Sampedrito", me permito informar que su solicitud fue **APROBADA**, por lo tanto, el maestro Edwin Andrés Argote instructor de la Escuela de Formación Artística danza infantil del Instituto de Cultura, Recreación y Deporte, será el encargado de realizar la presentación con 9 niños.
Nos gustaría solicitar su amable colaboración para brindar refrigerio e hidratación a los niños y niñas que harán la intervención, dado el esfuerzo y la dedicación que nuestros bailarines ponen en su presentación.

Se anexa número de contacto del instructor encargado Edwin Andrés Argote: 3138016527.

Agradecemos sinceramente su interés en preservar y promover las tradiciones de nuestro Valle de Laboyos, así como en fomentar la danza como parte fundamental de la identidad cultural de los niños, niñas y jóvenes de nuestro municipio.

Atentamente,



MARITZABEL GUZMÁN MOSQUERA
Coordinadora de Cultura

Elaboró. Tatiana Camacho / Apoyo profesional Cultura	
Revisado por: MARITZABEL GUZMÁN MOSQUERA	**Aprobado por: MARITZABEL GUZMÁN MOSQUERA**
Firma:	**Firma:**
Cargo: Coordinadora Cultura	**Cargo: Coordinadora Cultura**

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, realizo acciones a fin de realizar la vinculación de los usuarios de la modalidad Hogar sustituto en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y dar cumplimiento con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas.

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: 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	

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

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

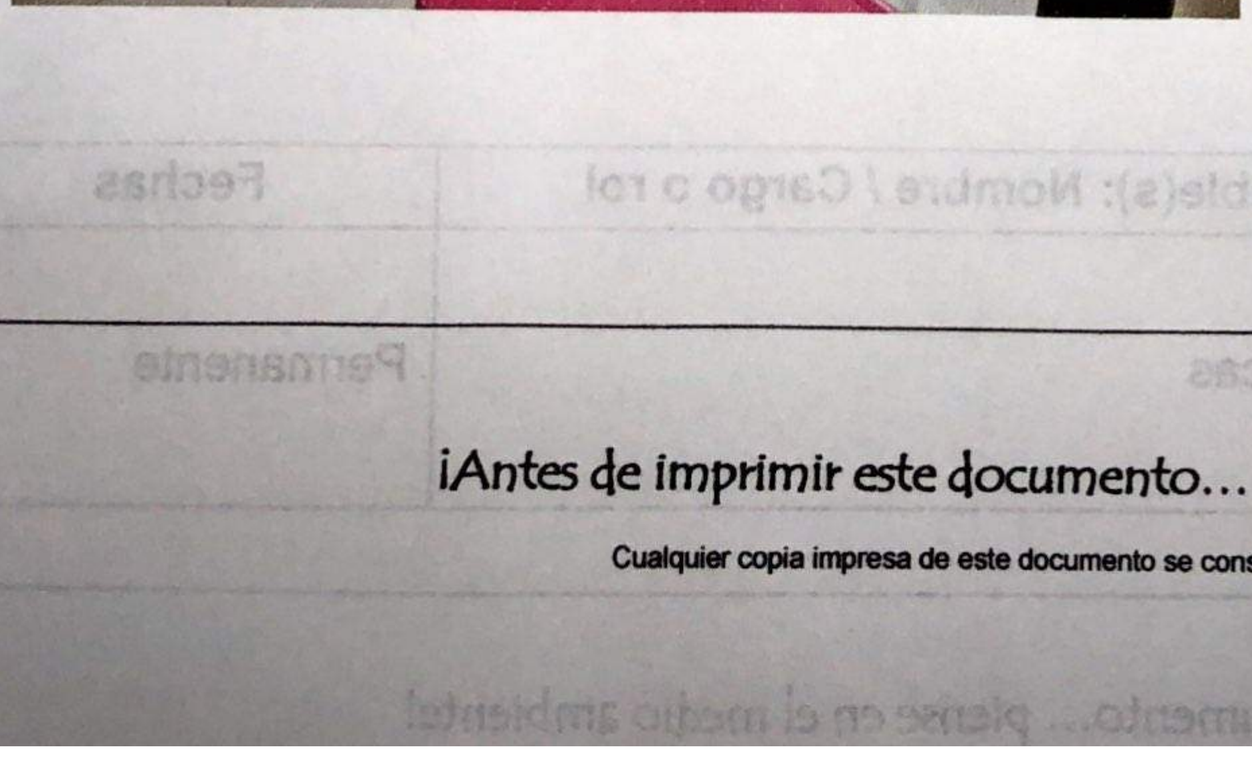
Para poder hacerlo bien es importante definir muy claramente cuál es la conducta, el hecho o el comportamiento que nos molesta y describirlo de la forma más clara y sencilla posible sin hacer uso de insultos y agresiones.

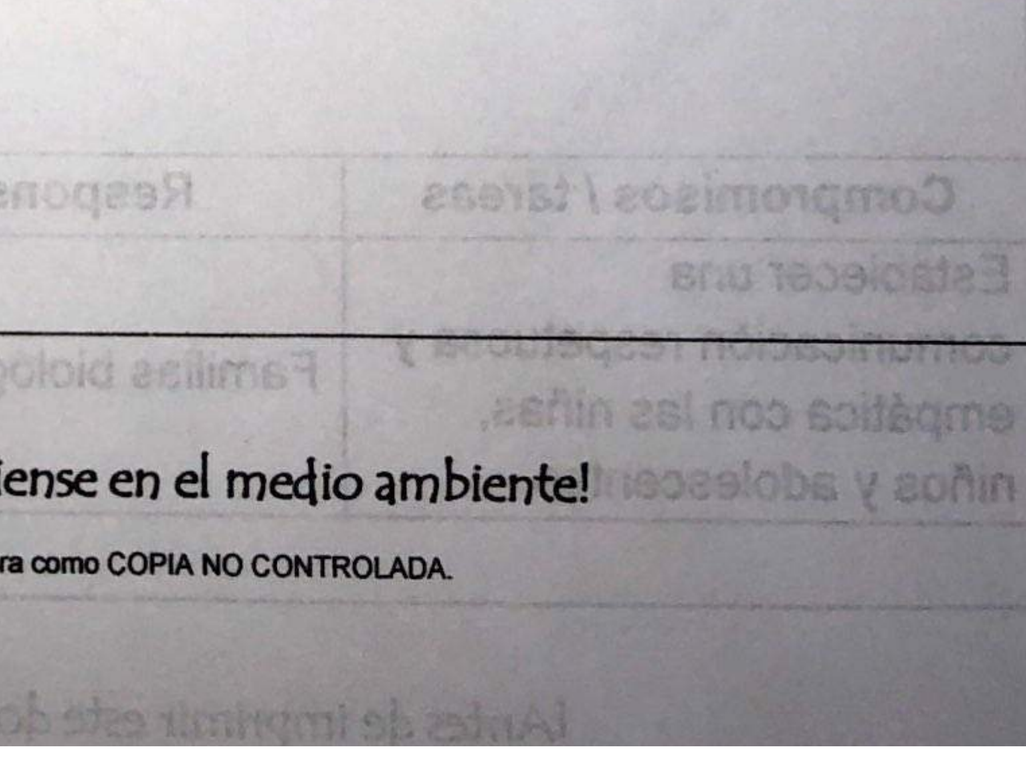
2. _Describir cómo me siento ante dicha conducta.
Informar cómo nos hace sentir la conducta y no el sujeto. Es difícil que la otra persona se sienta atacada por hechos o descripciones que nos hacen sentir de una cierta manera ya que de este modo se le desculpabiliza.

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: *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

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

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

Agenda:

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

Desarrollo:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

Evaluación y Diagnóstico

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

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

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

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

Planificación del Tratamiento

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

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

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

Implementación y Seguimiento

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

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

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

Apoyo Continuo y Educación Familiar

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

Powered by CamScanner

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

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

Recomendaciones Finales

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



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

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

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

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

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Ana V. Carbonell C.	madre sustituta	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Gloria Ines Rojas	M. Sustituto	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Rosa Teresa Castello	M S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Mercedes Almanza C.	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Marleny Fragoso	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Olga Lucia	M S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Eduardo Corrales M	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Sandra M. Calderón	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Yesenia Beltrán	M S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
JESSICA LORENA GARZON	GESTORA DE CASO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ – GESTORA DE CASO		

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°5		
Hora: *3:00 p.m*	Fecha: *22 de julio de 2024*	
Lugar:	*Fundación Social Yo Te Cuido-Sede La Plata*	
Dependencia que Convoca:	Operador Modalidad Hogar Sustituto- Gestora de Caso “Paola Andrea Marín”	
Proceso:	*Misional-Protección-Restablecimiento de derechos*	
Objetivo:	Dar a conocer y empoderar a las madres sustitutas de herramientas que les permitan afrontar y manejar posibles situaciones de crisis en los niños, niñas y adolescentes que se encuentran ubicados en la modalidad, así mismo brindar una atención oportuna.	

Agenda:

1. *Saludo de bienvenida*
2. *Desarrollo del tema.*
3. *Retroalimentación y evaluación de la actividad*
4. *Despedida*

Desarrollo:

El día 22 de julio de 2024, La gestora de caso del operador Fundación Social Yo te cuido, realizo la invitación a la profesional en psicología clínica la doctora Katerin Muñoz de los Ríos, quien amablemente desarrollo la jornada de fortalecimiento en relación al tema “Fortalecimiento de herramientas para la atención en crisis de los niños, niñas y adolescentes.”
Se les brinda un saludo de bienvenida a las madres sustituta y a la profesional invitada , 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.

Se les presenta a las madres sustitutas el tema Herramientas para la atención en crisis, los cuales se relacionaron con los primeros auxilios psicológicos, la mayoría de las participantes mencionan que ya antes les habían hablado del tema , pero que para ellas ha sido difícil aplicar las técnicas **,** con el objetivo de ayudar a las familias sustitutas a tener ideas claras de que es y de que se trata, se les orienta a través de diapositivas a que se denomina primeros auxilios psicológicos siendo la **intervención psicológica en el momento de crisis**.
El objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema.

PÚBLICA

Las participantes a medida que se desarrolla el tema se muestran cada vez más interesadas manifestando la importancia de tener conocimientos de los primeros auxilios psicológicos y poder ponerlos en prácticas con los niños, niñas y adolescentes de la modalidad que se encuentran en sus viviendas ya que como seres humanos no estamos exceptos de eventualidades que puedan afectar la salud mental tanto de las madres como de la familia.
En la dinámica del desarrollo se les comparte una guía basada en las principales fases que componen los auxilios psicológicos y que se deben tener en cuenta más cuando la población son niños, niñas y adolescentes
*Contacto y presentación
*alivio y protección
*Contención emocional
*Recogida de información
*asistencia practica
*Pautas de afrontamiento

Ampliando el tema se les fortaleció en

Qué son las técnicas de intervención en crisis?

La intervención en crisis es la primera ayuda psicológica, que implica ayuda, es aliviar el impacto inmediato, de los efectos estresantes con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, para lo cual se debe brindar apoyo, reducir el riesgo vital y vincular los recursos de ayuda.

Definición de Crisis:

Es un evento o situación que provoca una reacción emocional intensa y perturbadora, que puede desestabilizar el funcionamiento normal del niño o adolescente.

- ***Tipos de Crisis:***

Crisis Emocional: *Situaciones que afectan profundamente el bienestar emocional del NNA, como la pérdida de un ser querido, divorcio de los padres o problemas de autoestima.*

Crisis Familiar: *Cambios o conflictos dentro del núcleo familiar, como violencia doméstica, abuso o negligencia.*

Crisis Traumática: *Eventos externos significativos, como accidentes, desastres naturales o experiencias de violencia.*

Crisis de Desarrollo: *Dificultades relacionadas con el crecimiento y el desarrollo, como problemas en la escuela o dificultades para adaptarse a cambios en la vida.*

PÚBLICA

Signos Comunes de Crisis:

- ***Cambios en el Comportamiento:*** *Agresión, irritabilidad, aislamiento o regresión a comportamientos infantiles.*
- ***Alteraciones Emocionales:*** *Ansiedad extrema, tristeza profunda, miedo o desesperanza.*
- ***Problemas Físicos:*** *Dolores de cabeza, problemas para dormir, cambios en el apetito o somatización de emociones.*

herramientas prácticas y estrategias para ayudar a los NNA durante una crisis.

- ***Técnicas de Comunicación Efectiva:***
  - ***Escucha Activa:*** *Mostrar empatía y prestar atención sin interrumpir.*
  - ***Validación de Sentimientos:*** *Reconocer y aceptar las emociones del NNA sin juzgar.*
  - ***Mantenimiento de la Calma:*** *Cómo gestionar las propias emociones para no agravar la situación.*
- ***Manejo Emocional:***
  - ***Técnicas de Relajación:*** *Ejercicios de respiración profunda, meditación o técnicas de relajación muscular.*
  - ***Establecimiento de Rutinas:*** *Crear un entorno estructurado y predecible para ayudar al NNA a sentirse seguro.*
- ***Planificación de Emergencias:***
  - ***Desarrollo de un Plan Familiar:*** *Incluir pasos a seguir en caso de crisis y recursos a consultar.*
  - ***Acceso a Recursos Profesionales:*** *Información sobre dónde encontrar ayuda profesional, como terapeutas y líneas de apoyo.*

PÚBLICA





Decisiones

Para retroalimentar el tema y despejar dudas se organizan grupos de tres madres sustitutas y cada grupo simula una situación que haya vivido en su diario vivir y que estas hayan considerado importante brindar los primeros auxilios Psicológicos a través de la dinámica los demás grupos retroalimentan el ejercicio y el concepto del grupo de las madres participantes.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Poner en práctica lo aprendido durante el taller	*Madres Sustitutas*	*Durante la permanencia de la atención*
Continuar con el proceso de acompañamiento pedagógico	*Gestora de caso*	*Durante la ejecución del contrato*

FIRMA ASISTENTES

PÚBLICA

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ	GESTORA DE CASO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	Fecha: NA	Hora:	Lugar:
	POR CONFIRMAR		
Colaborador que elabora el acta:	PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ		

PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: *9:00 a.m*	Fecha: *31 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:	Educar a las Madres sustitutas sobre las actividades peligrosas y nocivas para menores de edad, tal como lo establece la Resolución 1796 del 27 de abril de 2018.

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 31 de Julio del 2024, la Gestora de caso de la Fundación **"Yo te Cuido"** desarrolla el taller sobre la "Actividades peligrosas y nocivas para menores de edad," para la resolución de conflictos, dirigida a Madres sustitutas, 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 *es informar y educar a las Madres Sustitutas sobre las actividades peligrosas y nocivas para menores de edad, tal como lo establece la Resolución 1796 del 27 de abril de 2018. El taller busca sensibilizar a padres, educadores y responsables de políticas sobre la importancia de prevenir y eliminar estas prácticas para proteger la salud y el bienestar de los menores.*

Para entrar al contexto del tema se decide realizar una dinámica rompe hielo denominada **"El Mapa de Riesgos"** fomentar el pensamiento crítico y la discusión sobre las actividades prohibidas para menores, preparando a los participantes para el contenido del taller.

Dando continuidad al taller se aborda, definiendo el concepto de

Qué es la Resolución 1796?

- Descripción general: Por la cual se actualiza el listado de las actividades peligrosas que por su naturaleza o condiciones de trabajo son nocivas para la salud e integridad física o psicológica de los menores de 18 años Fecha de emisión: 27 de abril de 2018.
- Autoridad emisora: Ministerio del Trabajo u organismo pertinente.

Powered by CamScanner

Objetivos de la Resolución

- Proteger la salud física y mental de los menores.
- Asegurar el desarrollo seguro y saludable de los menores.
- Regular las actividades que pueden comprometer el bienestar y desarrollo de los menores.

Definición de Actividades Prohibidas

- Actividades que presentan un alto riesgo de lesiones físicas.
- Actividades que afectan negativamente el desarrollo mental y emocional.
- Actividades que están en contra de los derechos laborales de los menores.

Categorías de Actividades Prohibidas

- **Trabajo en Ambientes Peligrosos**: Ejemplos incluyen fábricas de productos químicos, minería, y construcción.
- **Trabajo con Maquinaria Pesada**: Incluye el manejo y operación de maquinaria que pueda causar accidentes graves.
- **Actividades Nocturnas**: Trabajo nocturno o turnos prolongados que pueden afectar el bienestar y el rendimiento académico.
- **Exposición a Sustancias Nocivas**: Actividades que implican la manipulación de sustancias tóxicas o peligrosas.

Impacto en la Salud y Bienestar de los Menores

1. **Consecuencias Físicas**

Riesgos de lesiones graves y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Efectos negativos en el desarrollo físico y el crecimiento.

2. **Consecuencias Psicológicas**

Estrés, ansiedad y problemas de salud mental.

Impacto en el rendimiento académico y en el desarrollo emocional.

3. **Consecuencias Sociales**

Dificultades en la socialización y el desarrollo de habilidades sociales.

Posibles efectos en la dinámica familiar y en las relaciones interpersonales.

estrategias para evitar exposición a actividades peligrosas en menores de edad

- **Educación y Conciencia**: Enseñar a los menores sobre los riesgos asociados con ciertas actividades y la importancia de la seguridad. Esto incluye explicarles por qué ciertas actividades son peligrosas y cómo pueden protegerse.

Powered by CamScanner

- **Supervisión Adecuada**: Asegurarse de que siempre haya un adulto responsable supervisando a los menores, especialmente en situaciones que puedan involucrar riesgos. La supervisión ayuda a prevenir situaciones peligrosas y a intervenir rápidamente si surge un problema.
- **Normas y Reglas Claras**: Establecer reglas y normas claras sobre lo que está permitido y lo que no lo está. Asegúrate de que estas reglas se comprendan y se apliquen consistentemente.
- **Ambientes Seguros**: Crear entornos seguros para que los menores realicen actividades. Por ejemplo, asegurarse de que los espacios de juego estén bien mantenidos y sean adecuados para la edad.
- **Equipamiento Adecuado**: Proporcionar el equipo de protección adecuado para las actividades que los menores realizan, como cascos, rodilleras, y otros protectores.
- **Evaluación de Riesgos**: Antes de permitir que los menores participen en una actividad, evaluar los riesgos asociados y tomar medidas para mitigarlos. Esto puede incluir la formación en primeros auxilios y la planificación para emergencias.
- **Limitación de Acceso**: Restringir el acceso a áreas o equipos que sean peligrosos. Por ejemplo, mantener herramientas peligrosas o productos químicos fuera del alcance de los menores.
- **Participación en Actividades Apropiadas para la Edad**: Asegurarse de que las actividades sean apropiadas para la edad y el desarrollo de los menores. Algunas actividades que pueden ser seguras para adultos pueden no serlo para los más jóvenes.
- **Ejemplo Personal**: Los adultos deben modelar comportamientos seguros. Los menores aprenden observando, por lo que es importante que los adultos demuestren prácticas seguras.
- **Comunicación Abierta**: Mantener una comunicación abierta con los menores sobre sus actividades y preocupaciones. Esto permite que los menores se sientan cómodos informando sobre cualquier problema o situación peligrosa.

Metodologia Utilizada

- **Presentación**: Se hizo mediante un taller teórico práctico.
- **Discusión**: Se Facilitó una discusión grupal para explorar experiencias y aplicar lo socializado durante el desarrollo de la temática.
- **Ejercicios prácticos**: Se implementó una dinámica para apropiación del tema tratado.
- **Reflexión personal**: Se invitó a los participantes a ser reflexivos y críticos frente al desarrollo de la actividad

Evidencia de los métodos utilizados





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, donde se promueve la importancia de una combinación de educación, supervisión, reglas claras y un entorno seguro para proteger a los menores de actividades peligrosas y asegurar su bienestar general.

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

Powered by CamScanner

Compromiso 1: Poner en práctica lo aprendido durante el taller	*Madres Sustitutas*	*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: N/A	Hora: N/A	Lugar: N/A
Colaborador que elabora el acta:	Derly Liliana Hoyos Muñoz-Gestor de caso		

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACION

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FT-PI-68	1/29/2024
Version 3	Pagina 1 de 1
Clasificación de la información: Publica	

ACTIVIDAD: Actividades Peligrosas y nocivas Es. 1796 FECHA 31/07/2024.

HORA INICIAL: 9:00 am HORA FINAL: 10:00 am. LUGAR Oficina Yo me Cuido.

DEPENDENCIA LIDER: Dorly Liliana Hoyos M - 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	Diana Patricia Barragán	1083895004	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	3162110228	—		
2	Yeni Andrea Rojas.	36293823	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	3146622315	—		
3	Yasmin Urbano.	26515586	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	36834901	—		
4	Yuli Andrea Rojas.	1083893144	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3249706124	—		
5	Karen Dayana Calel	1083893414	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3229080277	—	KAREN.	
6	Omaira Diaz Molina	36295584	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	3144728447	—		
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-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022

FECHA: 31 de Julio 2024 HORA: 9.00 am

LUGAR: Oficina FS Yo te cuido. TEMA: Actividades peligrosas y nocivas RS 1796.

DATOS DEL CAPACITADOR: Dady Liliana Hurtado M - 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:	✓			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	X			
3. La calidad del contenido fue de calidad durante todo la pedagogía.	✓			
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.	✓			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	X			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

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

FECHA: 31 Julio 2024 HORA: 9:00 am

LUGAR: Oficina FS Yo te cuido. TEMA: Actividades peligrosas y medidas preventivas.

DATOS DEL CAPACITADOR: Dany Ulloa Ulloa H – Gestor de casos.

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.	NO			

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 brindo orientaciones a las madres y padres sustitutos frente a la atencion efectiva frente a situaciones de crisis en los niños, niñas y adolescentes .

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, no se presentan situaciones de riesgo al interior de las unidades de servicio de la modalidad hogar sustituto ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.

Así mismo, nos comprometemos a realizar el reporte de manera oportuna de dicha situación en caso de que se presente alguna novedad al interior de las unidades de servicio.

Se expide en Neiva el día 06 de agosto del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

RE: Plan de accion daño Antijurídico Fundacion Social Yo Te Cuido

De Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Para hogarsustituto@fundacionyotecuido.com <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Fecha 2024-05-02 14:49

Buenas tardes,

Una vez revisados los ajustes, se emite concepto de aprobación del Plan de Prevención de Daño Antijurídico.

Es necesario documentar el cumplimiento de las acciones aquí contempladas, a fin de dar cuenta del cumplimiento del cronograma.

Cordial saludo,

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Yuly Paola Montealegre Zanabria
Contratista
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Huila
Calle 21 No 1E-40
Teléfono: 608 8604700 Ext. 838021
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: hogarsustituto@fundacionyotecuido.com <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Enviado: jueves, 2 de mayo de 2024 13:33
Para: Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Asunto: Re: Plan de accion daño Antijurídico Fundacion Social Yo Te Cuido

El 2024-04-26 09:03, Yuly Paola Montealegre Zanabria escribió:

> Cordial saludo doctora Yuly
>
> Adjunto envió plan de accion de daño Antijurídico en el cual tomamos en cuenta las orientaciones dadas en el correo que antecede
>
> Quedamos atentos ante cualquier orientación; agradecemos el apoyo y valiosa colaboración.
>
> YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES
> COORDINADOR
> FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
>
> Muy buenos días Yudy,
>
> Una vez revisado el Plan es necesario realizar algunos ajustes relacionados con los eventos de reporte, dentro de los cuales Violencia Sexual, Fallecimiento, Conducta Suicida y Lesiones; el evento de riñas es un evento de seguimiento en SRPA y no aplica a las Modalidades de Restablecimiento de Derechos.
>
> A continuación relaciono algunas orientaciones Generales sobre los diferentes temas que pueden incluirse, así como las estrategias a emplear con el objetivo de fortalecer el Plan presentado:
> **Temas para fortalecer implementación de la política de prevención del daño antijuridico:**
>
> •Diferencia entre autolesión y conducta suicida
> Rutas de activación, acciones preventivas en el evento de conducta suicida, Violencia Sexual
> •Violencia sexual y conducta suicida.
> •Prevención de la conducta suicida, signos y síntomas.
> •Prevención y manejo de conductas que alteran la convivencia.
> •Responsabilidad contractual y extracontractual.
> •Con los usuario enfoque de derechos y mecanismos de participación.
> •Atención en crisis- manejo de ira- comunicación asertiva.
> •Contención en crisis
> •Fortalecimiento del Talento Humano y las Madres Sustitutos
> •Manejo conductual y emocional de los usuarios.

•Fortalecer los componentes contemplados en el Plan de Daño Antijurídico de acuerdo con las fechas especiales del año como por ejemplo el Día Mundial Contra la Prevención del Sida, Día Mundial de la Prevención del Suicidio, Semana de la Salud Mental, entre otras.
•Liderazgo, resolución de conflictos, conducta suicida, entre otros. Así como de estrategias y actividades lúdico-pedagógicas que fortalezcan habilidades para la vida, habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, entre otros aspectos que favorecen el adecuado desarrollo y mejora en la convivencia entre los adolescentes y jóvenes.
Fortalecer el área de Salud Sexual y Reproductiva, principalmente en el autocuidado y respeto por el otro. •Fortalecer espacios de talleres y/o sesiones psicoeducativas de "cuidados al cuidador" para profesionales y Madres sustitutas.

Propuestas para fortalecer la implementación de la política de prevención del daño antijuridico

- Diseño de material pedagógico y bibliográfico de la PPDA.
- Uso de estrategias metodológicas, lúdicas, artísticas y participativas con los usuarios para prevenir la ocurrencia de los diferentes eventos
- Acompañamiento trimestral a lo reportado.
- Construcción de entornos protectores de salud mental.
- Concertación de cronograma del plan de acción
- Grupos de estudio sobre el Protocolo de intervención en crisis.
- Capacitación (no asistencia técnica) con profesionales especializados en los temas mencionados anteriormente

Quedo atenta a los ajustes para su aprobación.

Cordial saludo,

De: hogarsustituto@fundacionyotecuido.com <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Enviado: miércoles, 24 de abril de 2024 14:07
Para: Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Asunto: Plan de accion daño Antijurídico Fundacion Social Yo Te Cuido

Cordial saludo doctora Yuly
De manera comedida me permito enviar adjunto plan de accion de daño antijuridico elaborado desde el equipo de la fundación, quedo al tanto de cualquier orientación al respecto.
Agradezco el apoyo y valiosa colaboración.
--
YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES
COORDINADOR
FUNDACION 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 en 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 presentaron eventos de daño antijuridico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de Garzon, Pitalito la Plata.

.

Neiva – 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

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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ Nº 4	
Hora: *11:00 am*	**Fecha:** *28 DE JULIO 2024*
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTA GARZON*
Dependencia que Convoca:	*EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	MISIONAL - PROTECCIÓN - RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
Objetivo:	*DIVULGAR POR CARTELES INFORMATIVOS EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE GARZON LAS APERTURAS DE NUEVOS HOGARES SUSTITUTOS.*

Agenda:

- Divulgar por medio Carteles la apertura de hogar Sustituto en el Municipio de Garzón.
- Dar a Conocer Requisitos para las personas postulantes.

Desarrollo:

Carteles informativos para promover el hogar sustituto, con el fin de informar a la comunidad sobre su propósito, servicios y cómo involucrarse.

Con los colaboradores de la unidad de salud de la alcaldía se dio a conocer la importancia de reconocer la modalidad como una labor social y vocacional de madres y padres sustitutas, donde se da a conocer de qué se trata y como funciona:

Descripción del Programa:

Atención Integral:

Interdisciplinaria: Involucra un equipo de profesionales que trabajan conjuntamente para atender las necesidades del niño, niña o adolescente y su familia o red de apoyo.

24/7: Atención continua durante todo el día, todos los días de la semana.

Alimentación y Capacidad de Atención:

Se ofrece desayuno, almuerzo, cena y dos refrigerios al niño, niña o adolescente.

Powered by CamScanner

La capacidad de atención por hogar sustituto es de uno a tres niños, niñas o adolescentes, o hasta cinco en el caso de hermanos.

Beneficiarios:

El programa está dirigido a:

Huérfanos por conflicto armado: Niños, niñas y adolescentes de cero a dieciocho años que han quedado huérfanos debido al conflicto armado.

Con discapacidad: Niños, niñas y adolescentes con discapacidad, así como mayores de dieciocho años con discapacidad que estaban bajo declaratoria de adaptabilidad al cumplir la mayoría de edad.

Victimas de minas y conflictos bélicos: Niños, niñas y adolescentes afectados por minas antipersona, municiones sin explotar, artefactos explosivos improvisados, o víctimas de acciones bélicas y atentados terroristas relacionados con el conflicto armado.

Con enfermedades especiales: Niños, niñas y adolescentes con enfermedades que requieren cuidados especiales.

Hijos/as de adolescentes desvinculados: Hijos e hijas de adolescentes que han sido desvinculados del programa.

Víctimas de reclutamiento ilícito: Niños, niñas y adolescentes que se han desvinculado de grupos armados organizados al margen de la ley.

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

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

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

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

Powered by CamScanner

YO TE CUIDO

GARZON HUILA

BUSCA

MADRES SUSTITUTAS

para formar parte
de nuestro equipo.

Requisitos

¿Qué requisitos debe cumplir la persona interesada en ser padre/madre sustituta?

- **Tener entre 23 y 55 años.**
- **Tener un grado de escolaridad de, mínimo, noveno grado.**
- **Demostrar ingresos económicos verificables de mínimo 1 SMLMV o 2 SMLMV según el número de miembros del hogar.**

Mayor información a:

coordinadorzona1@fundacionyotecuido.com

+57 3147846983 Fabian Lamilla Coordinador
+57 3142415613 Equipo psicosocial Garzon-Huila

@fundacionsocialyotecuido

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





Powered by CamScanner

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Continuar Divulgando por diferentes medios la apertura de nuevos hogares sustitutos.	Equipo Interdisciplinario Fundación Social Yo Te Cuido	Permanente
Brindar información a las personas que se acerquen interesadas en el programa.	Equipo Interdisciplinario Fundación Social Yo Te Cuido	Permanente

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Karen Yesenia Alvarez C.	Trabajadora Social	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Laura Fernández Soto	Psicología	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Jessica Lorena Garzón	Gestora de Caso	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Alexandra D.	Aux Admist.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Daniel Triana.	Apoyo Profesional	Alcaldía.	
Diana Cardina J	Apoyo Profesional	alcaldía	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	N/A	N/A	N/A

Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ – GESTORA DE CASO

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°03		
Hora: 3:30 PM		**Fecha:** 29 de julio del 2024.
Lugar:	Pitalito Huila	
Dependencia que Convoca:	Fundación Yo Te Cuido	
Proceso:	Misional – Protección – Restablecimiento de derechos	
Objetivo:	Realizar divulgación de la modalidad hogar sustituto en el municipio de Pitalito.	

Agenda

Solicitud de permiso para realizar exposición de flayer el con información de la modalidad

Exposición

Evidencia fotográfica

Desarrollo:
Se realizó la creación de un flayer con información de la modalidad, la profesional Laura Ximena Losada Alvira, quien ejerce el rol de gestora de caso en la fundación social Yo te cuido, realizo desplazamiento hasta el centro zonal La Plata, con el objetivo de realizar la divulgación de la modalidad.

Teniendo en cuenta MANUAL OPERATIVO MODALIDAD DE ACOGIMIENTO FAMILIAR – HOGAR SUSTITUTO, menciona en el ítem 3.1 Conformación y aprobación de un Hogar Sustituto.
Para esto se debe realiza el proceso de divulgación, indicando

3.1.1 Divulgación de la modalidad19 ▪ La divulgación de la modalidad hace referencia a los medios utilizados para informar a las personas interesadas en constituirse como Hogar Sustituto, en qué consiste la modalidad y cómo ser un Hogar Sustituto. Los medios para usar en este propósito pueden ser: redes sociales (Instagram, Facebook, Twitter, páginas web, YouTube, etc.), avisos clasificados en prensa y redes sociales, avisos en revistas, volantes de circulación libre, pancartas, carteleras, avisos radiales comunitarios, etc. Todos aquellos que se consideren viables para llegar a las familias que puedan estar interesadas en desarrollar este rol solidario con las niñas, los niños y los adolescentes en PARD.

Cada Centro Zonal y Regional del ICBF, así como cada Entidad Territorial y operador, mantendrá en su página Web y cartelera información de los Hogares Sustitutos con: nombre de la persona de contacto para entrega de información, teléfono de contacto en caso de presentar interés en la participación del proceso de constitución y fecha fija de entrega de información personalizada, para la postulación como familia sustituta.

(Si se trata de administración directa por parte del ICBF, se tendrá un día fijo para la charla informativa de la modalidad a las familias interesadas, estableciendo un horario y lugar para tal evento, tanto de manera presencial como de manera virtual, a través de la plataforma virtual licenciada por el ICBF). Al tener la modalidad en el departamento un Operador, este informará al centro zonal el día, lugar y hora en la cual realizará la charla informativa y teléfono de contacto en caso de requerir información inmediata por vía telefónica. En todo caso, esta información estará en la cartelera en el correspondiente formato avalado por la Oficina de Comunicaciones del ICBF y la Entidad Territorial, según corresponda.

Todas las regionales, Centros Zonales y el nivel nacional, tendrán la obligación de difundir la modalidad con los funcionarios, colaboradores y entidades del SNBF a fin de lograr más familias puedan constituirse como Hogar Sustituto.

PÚBLICA

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

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

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

Se adjunta evidencia fotográfica







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

Continuar divulgando la modalidad a través de los diferentes canales de comunicación del municipio.	Equipo interdisciplinario del operador	Permanente

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Laura Ximena Losada Alvira	Gestora de caso	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Agosto	Por definir	Fundación Yo te Cuido

PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ Nº 4	
Hora: *11:00 am*	**Fecha:** *28 DE JULIO 2024*
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTA GARZON*
Dependencia que Convoca:	*EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	MISIONAL - PROTECCIÓN - RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
Objetivo:	*DIVULGAR POR CARTELES INFORMATIVOS EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE GARZON LAS APERTURAS DE NUEVOS HOGARES SUSTITUTOS.*

Agenda:

- Divulgar por medio Carteles la apertura de hogar Sustituto en el Municipio de Garzón.
- Dar a Conocer Requisitos para las personas postulantes.

Desarrollo:

Carteles informativos para promover el hogar sustituto, con el fin de informar a la comunidad sobre su propósito, servicios y cómo involucrarse.

Con los colaboradores de la unidad de salud de la alcaldía se dio a conocer la importancia de reconocer la modalidad como una labor social y vocacional de madres y padres sustitutas, donde se da a conocer de qué se trata y como funciona:

Descripción del Programa:

Atención Integral:

Interdisciplinaria: Involucra un equipo de profesionales que trabajan conjuntamente para atender las necesidades del niño, niña o adolescente y su familia o red de apoyo.

24/7: Atención continua durante todo el día, todos los días de la semana.

Alimentación y Capacidad de Atención:

Se ofrece desayuno, almuerzo, cena y dos refrigerios al niño, niña o adolescente.

Powered by CamScanner

La capacidad de atención por hogar sustituto es de uno a tres niños, niñas o adolescentes, o hasta cinco en el caso de hermanos.

Beneficiarios:

El programa está dirigido a:

Huérfanos por conflicto armado: Niños, niñas y adolescentes de cero a dieciocho años que han quedado huérfanos debido al conflicto armado.

Con discapacidad: Niños, niñas y adolescentes con discapacidad, así como mayores de dieciocho años con discapacidad que estaban bajo declaratoria de adaptabilidad al cumplir la mayoría de edad.

Victimas de minas y conflictos bélicos: Niños, niñas y adolescentes afectados por minas antipersona, municiones sin explotar, artefactos explosivos improvisados, o víctimas de acciones bélicas y atentados terroristas relacionados con el conflicto armado.

Con enfermedades especiales: Niños, niñas y adolescentes con enfermedades que requieren cuidados especiales.

Hijos/as de adolescentes desvinculados: Hijos e hijas de adolescentes que han sido desvinculados del programa.

Víctimas de reclutamiento ilícito: Niños, niñas y adolescentes que se han desvinculado de grupos armados organizados al margen de la ley.

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

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

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

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

Powered by CamScanner

YO TE CUIDO

GARZON HUILA

BUSCA

MADRES SUSTITUTAS

para formar parte
de nuestro equipo.

Requisitos

¿Qué requisitos debe cumplir la persona interesada en ser padre/madre sustituta?

- **Tener entre 23 y 55 años.**
- **Tener un grado de escolaridad de, mínimo, noveno grado.**
- **Demostrar ingresos económicos verificables de mínimo 1 SMLMV o 2 SMLMV según el número de miembros del hogar.**

Mayor información a:

coordinadorzona1@fundacionyotecuido.com

+57 3147846983 Fabian Lamilla Coordinador
+57 3142415613 Equipo psicosocial Garzon-Huila

@fundacionsocialyotecuido

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





Powered by CamScanner

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Continuar Divulgando por diferentes medios la apertura de nuevos hogares sustitutos.	Equipo Interdisciplinario Fundación Social Yo Te Cuido	Permanente
Brindar información a las personas que se acerquen interesadas en el programa.	Equipo Interdisciplinario Fundación Social Yo Te Cuido	Permanente

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Karen Yesenia Alvarez C.	Trabajadora Social	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Laura Fernández Soto	Psicología	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Jessica Lorena Garzón	Gestora de Caso	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Alexandra D.	Aux Admist.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Daniel Triana.	Apoyo Profesional	Alcaldía.	
Diana Cardina J	Apoyo Profesional	alcaldía	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	N/A	N/A	N/A

Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ – GESTORA DE CASO

Powered by CamScanner

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, desarrollo acciones manera permanente, para la difusión y apertura de nuevos Hogares Sustitutos. Estas acciones están enmarcadas dentro de un plan de donde se contempla el proceso de convocatoria, difusión de la modalidad y conformación de nuevos hogares sustitutos según lo establecido en el manual operativo de la modalidad, para contar con el número de familias sustitutas requeridas, según los cupos contratados, teniendo en cuenta las tablas de ubicación máxima por unidad de servicio del manual operativo de la modalidad, garantizando así la adecuada atención de los niños, niñas y adolescentes

Neiva, 05 de agosto del año 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 realizo actualización de todas las bases de datos de los hogares sustitutos ubicados en los centros zonales de los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad.

MUNICIPIO	GARZÓN	PITALITO	LA PLATA
TOTAL	13	10	11

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° 6		
Hora: 2:30 PM	**Fecha: 17 DE JULIO DEL 2024**	
Lugar:	*Sede administrativa Garzón*	
Dependencia que Convoca:	*Equipo multidisciplinario*	
Proceso:	*Misional – Protección – Restablecimiento de Derechos*	
Objetivo:	Capacitar a los adultos responsables y cuidadores para que puedan proporcionar una atención efectiva durante situaciones de crisis que afecten a niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Esto incluye dotarlos de herramientas prácticas y teóricas que les permitan manejar adecuadamente emociones intensas, conflictos o situaciones de estrés, asegurando así una respuesta calmada, empática y constructiva para apoyar el bienestar emocional y la seguridad de los jóvenes en momentos difíciles.	

Agenda:

- Saludo.
- Atención en crisis de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
- Cierre.
- Decisiones.

Desarrollo:

En la formación del día 17 de julio de 2024 en la jornada de 2:30 pm, con un afectuoso saludo de bienvenida, se agradeció la participación a cada una de las madres Sustitutas.

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

Damos inicio con la Identificación de situaciones que pueden desencadenar crisis emocionales en los niños, niñas y adolescentes, por medio de un folleto se da a conocer a las familias la importancia de reconocer las diferentes crisis que se pueden tener en el transcurso de la vida cotidiana.

Powered by CamScanner



¿Qué es un desastre?

Los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales, y pueden provocar muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano.

Pueden ser causados por el ser humano (incendios, conflictos bélicos, disturbios civiles, actos terroristas, contaminación química) o por la naturaleza (inundaciones, terremotos, tornados, huracanes). Muchos de los considerados "desastres naturales" son en realidad ocasionados por la acción destructora del hombre sobre la naturaleza.

Los desastres son considerados como parte de un grupo más amplio de situaciones de estrés colectivo, que surgen cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan en dicho sistema.

Tal estrés colectivo puede provenir de fuentes externas al sistema o de este mismo.

¿Qué es una crisis?

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización en una persona.

Powered by CamScanner

¿Qué es una crisis?

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización en una persona.

Se caracteriza, principalmente, por la incapacidad para enfrentar una situación, utilizando los métodos que ya se conocen para resolver problemas.

Podemos mencionar los siguientes aspectos importantes que contemplamos al definir una crisis:

• Hay un suceso precipitante (es decir, un suceso que causa la crisis).

• Es una situación imprevista.

•Hay pérdida del equilibrio emocional (de la forma acostumbrada de sentir y de expresar lo que se siente).

• Causa sufrimiento (dolor, tristeza, terror, inseguridad, enojo, rabia, impotencia...)

• Genera cambios: la crisis puede ser un peligro y desencadenar en enfermedad, pero también puede ser una oportunidad para crecer y aprender.

• Es temporal: después se recupera nuevamente el equilibrio.

• Las formas habituales en que el individuo resuelve sus problemas no funcionan en esta situación.

Decisiones:

- Mejor comprensión de los procesos de atención en crisis.
- Incremento en la confianza para tomar decisiones informadas y efectivas.
- Mejor capacidad para manejar situaciones complejas y tomar decisiones que beneficien tanto a la madre como a la familia.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Escucha activa y comprensiva	*Equipo fundación social yo te cuido y madres sustitutas*	*Permanente*
Disponibilidad y respuesta rápida	*Equipo fundación social yo te cuido y madres sustitutas*	*Permanente*
Respeto y dignidad	*Equipo fundación social yo te cuido y madres sustitutas*	*Permanente*

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS









Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Marleny Fragoso	Madre Sustituta	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Sandra M. Calderon	M. S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
[illegible]	M. S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Vianey Galindo	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
[illegible]	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
[illegible]	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
[illegible]	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Eduviges Gonzalez	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Fanny Cediel	Madre Sustituta	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Rosa Teresa Castillo	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Paola Barrera Tiga	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°5		
Hora: *3:00 p.m*	Fecha: *22 de julio de 2024*	
Lugar:	*Fundación Social Yo Te Cuido-Sede La Plata*	
Dependencia que Convoca:	Operador Modalidad Hogar Sustituto- Gestora de Caso “Paola Andrea Marín”	
Proceso:	*Misional-Protección-Restablecimiento de derechos*	
Objetivo:	Dar a conocer y empoderar a las madres sustitutas de herramientas que les permitan afrontar y manejar posibles situaciones de crisis en los niños, niñas y adolescentes que se encuentran ubicados en la modalidad, así mismo brindar una atención oportuna.	

Agenda:

1. *Saludo de bienvenida*
2. *Desarrollo del tema.*
3. *Retroalimentación y evaluación de la actividad*
4. *Despedida*

Desarrollo:

El día 22 de julio de 2024, La gestora de caso del operador Fundación Social Yo te cuido, realizo la invitación a la profesional en psicología clínica la doctora Katerin Muñoz de los Ríos, quien amablemente desarrollo la jornada de fortalecimiento en relación al tema “Fortalecimiento de herramientas para la atención en crisis de los niños, niñas y adolescentes.”
Se les brinda un saludo de bienvenida a las madres sustituta y a la profesional invitada , 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.

Se les presenta a las madres sustitutas el tema Herramientas para la atención en crisis, los cuales se relacionaron con los primeros auxilios psicológicos, la mayoría de las participantes mencionan que ya antes les habían hablado del tema , pero que para ellas ha sido difícil aplicar las técnicas **,** con el objetivo de ayudar a las familias sustitutas a tener ideas claras de que es y de que se trata, se les orienta a través de diapositivas a que se denomina primeros auxilios psicológicos siendo la **intervención psicológica en el momento de crisis**.
El objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema.

PÚBLICA

Las participantes a medida que se desarrolla el tema se muestran cada vez más interesadas manifestando la importancia de tener conocimientos de los primeros auxilios psicológicos y poder ponerlos en prácticas con los niños, niñas y adolescentes de la modalidad que se encuentran en sus viviendas ya que como seres humanos no estamos exceptos de eventualidades que puedan afectar la salud mental tanto de las madres como de la familia.
En la dinámica del desarrollo se les comparte una guía basada en las principales fases que componen los auxilios psicológicos y que se deben tener en cuenta más cuando la población son niños, niñas y adolescentes
*Contacto y presentación
*alivio y protección
*Contención emocional
*Recogida de información
*asistencia practica
*Pautas de afrontamiento

Ampliando el tema se les fortaleció en

Qué son las técnicas de intervención en crisis?

La intervención en crisis es la primera ayuda psicológica, que implica ayuda, es aliviar el impacto inmediato, de los efectos estresantes con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, para lo cual se debe brindar apoyo, reducir el riesgo vital y vincular los recursos de ayuda.

Definición de Crisis:

Es un evento o situación que provoca una reacción emocional intensa y perturbadora, que puede desestabilizar el funcionamiento normal del niño o adolescente.

- ***Tipos de Crisis:***

Crisis Emocional: *Situaciones que afectan profundamente el bienestar emocional del NNA, como la pérdida de un ser querido, divorcio de los padres o problemas de autoestima.*

Crisis Familiar: *Cambios o conflictos dentro del núcleo familiar, como violencia doméstica, abuso o negligencia.*

Crisis Traumática: *Eventos externos significativos, como accidentes, desastres naturales o experiencias de violencia.*

Crisis de Desarrollo: *Dificultades relacionadas con el crecimiento y el desarrollo, como problemas en la escuela o dificultades para adaptarse a cambios en la vida.*

PÚBLICA

Signos Comunes de Crisis:

- ***Cambios en el Comportamiento:*** *Agresión, irritabilidad, aislamiento o regresión a comportamientos infantiles.*
- ***Alteraciones Emocionales:*** *Ansiedad extrema, tristeza profunda, miedo o desesperanza.*
- ***Problemas Físicos:*** *Dolores de cabeza, problemas para dormir, cambios en el apetito o somatización de emociones.*

herramientas prácticas y estrategias para ayudar a los NNA durante una crisis.

- ***Técnicas de Comunicación Efectiva:***
  - ***Escucha Activa:*** *Mostrar empatía y prestar atención sin interrumpir.*
  - ***Validación de Sentimientos:*** *Reconocer y aceptar las emociones del NNA sin juzgar.*
  - ***Mantenimiento de la Calma:*** *Cómo gestionar las propias emociones para no agravar la situación.*
- ***Manejo Emocional:***
  - ***Técnicas de Relajación:*** *Ejercicios de respiración profunda, meditación o técnicas de relajación muscular.*
  - ***Establecimiento de Rutinas:*** *Crear un entorno estructurado y predecible para ayudar al NNA a sentirse seguro.*
- ***Planificación de Emergencias:***
  - ***Desarrollo de un Plan Familiar:*** *Incluir pasos a seguir en caso de crisis y recursos a consultar.*
  - ***Acceso a Recursos Profesionales:*** *Información sobre dónde encontrar ayuda profesional, como terapeutas y líneas de apoyo.*

PÚBLICA





Decisiones

Para retroalimentar el tema y despejar dudas se organizan grupos de tres madres sustitutas y cada grupo simula una situación que haya vivido en su diario vivir y que estas hayan considerado importante brindar los primeros auxilios Psicológicos a través de la dinámica los demás grupos retroalimentan el ejercicio y el concepto del grupo de las madres participantes.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Poner en práctica lo aprendido durante el taller	*Madres Sustitutas*	*Durante la permanencia de la atención*
Continuar con el proceso de acompañamiento pedagógico	*Gestora de caso*	*Durante la ejecución del contrato*

FIRMA ASISTENTES

PÚBLICA

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ	GESTORA DE CASO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	Fecha: NA	Hora:	Lugar:
	POR CONFIRMAR		
Colaborador que elabora el acta:	PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ		

PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: *9:00 a.m*	Fecha: *31 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:	Educar a las Madres sustitutas sobre las actividades peligrosas y nocivas para menores de edad, tal como lo establece la Resolución 1796 del 27 de abril de 2018.

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 31 de Julio del 2024, la Gestora de caso de la Fundación **"Yo te Cuido"** desarrolla el taller sobre la "Actividades peligrosas y nocivas para menores de edad," para la resolución de conflictos, dirigida a Madres sustitutas, 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 *es informar y educar a las Madres Sustitutas sobre las actividades peligrosas y nocivas para menores de edad, tal como lo establece la Resolución 1796 del 27 de abril de 2018. El taller busca sensibilizar a padres, educadores y responsables de políticas sobre la importancia de prevenir y eliminar estas prácticas para proteger la salud y el bienestar de los menores.*

Para entrar al contexto del tema se decide realizar una dinámica rompe hielo denominada **"El Mapa de Riesgos"** fomentar el pensamiento crítico y la discusión sobre las actividades prohibidas para menores, preparando a los participantes para el contenido del taller.

Dando continuidad al taller se aborda, definiendo el concepto de

Qué es la Resolución 1796?

- Descripción general: Por la cual se actualiza el listado de las actividades peligrosas que por su naturaleza o condiciones de trabajo son nocivas para la salud e integridad física o psicológica de los menores de 18 años Fecha de emisión: 27 de abril de 2018.
- Autoridad emisora: Ministerio del Trabajo u organismo pertinente.

Powered by CamScanner

Objetivos de la Resolución

- Proteger la salud física y mental de los menores.
- Asegurar el desarrollo seguro y saludable de los menores.
- Regular las actividades que pueden comprometer el bienestar y desarrollo de los menores.

Definición de Actividades Prohibidas

- Actividades que presentan un alto riesgo de lesiones físicas.
- Actividades que afectan negativamente el desarrollo mental y emocional.
- Actividades que están en contra de los derechos laborales de los menores.

Categorías de Actividades Prohibidas

- **Trabajo en Ambientes Peligrosos**: Ejemplos incluyen fábricas de productos químicos, minería, y construcción.
- **Trabajo con Maquinaria Pesada**: Incluye el manejo y operación de maquinaria que pueda causar accidentes graves.
- **Actividades Nocturnas**: Trabajo nocturno o turnos prolongados que pueden afectar el bienestar y el rendimiento académico.
- **Exposición a Sustancias Nocivas**: Actividades que implican la manipulación de sustancias tóxicas o peligrosas.

Impacto en la Salud y Bienestar de los Menores

1. **Consecuencias Físicas**

Riesgos de lesiones graves y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Efectos negativos en el desarrollo físico y el crecimiento.

2. **Consecuencias Psicológicas**

Estrés, ansiedad y problemas de salud mental.

Impacto en el rendimiento académico y en el desarrollo emocional.

3. **Consecuencias Sociales**

Dificultades en la socialización y el desarrollo de habilidades sociales.

Posibles efectos en la dinámica familiar y en las relaciones interpersonales.

estrategias para evitar exposición a actividades peligrosas en menores de edad

- **Educación y Conciencia**: Enseñar a los menores sobre los riesgos asociados con ciertas actividades y la importancia de la seguridad. Esto incluye explicarles por qué ciertas actividades son peligrosas y cómo pueden protegerse.

Powered by CamScanner

- **Supervisión Adecuada**: Asegurarse de que siempre haya un adulto responsable supervisando a los menores, especialmente en situaciones que puedan involucrar riesgos. La supervisión ayuda a prevenir situaciones peligrosas y a intervenir rápidamente si surge un problema.
- **Normas y Reglas Claras**: Establecer reglas y normas claras sobre lo que está permitido y lo que no lo está. Asegúrate de que estas reglas se comprendan y se apliquen consistentemente.
- **Ambientes Seguros**: Crear entornos seguros para que los menores realicen actividades. Por ejemplo, asegurarse de que los espacios de juego estén bien mantenidos y sean adecuados para la edad.
- **Equipamiento Adecuado**: Proporcionar el equipo de protección adecuado para las actividades que los menores realizan, como cascos, rodilleras, y otros protectores.
- **Evaluación de Riesgos**: Antes de permitir que los menores participen en una actividad, evaluar los riesgos asociados y tomar medidas para mitigarlos. Esto puede incluir la formación en primeros auxilios y la planificación para emergencias.
- **Limitación de Acceso**: Restringir el acceso a áreas o equipos que sean peligrosos. Por ejemplo, mantener herramientas peligrosas o productos químicos fuera del alcance de los menores.
- **Participación en Actividades Apropiadas para la Edad**: Asegurarse de que las actividades sean apropiadas para la edad y el desarrollo de los menores. Algunas actividades que pueden ser seguras para adultos pueden no serlo para los más jóvenes.
- **Ejemplo Personal**: Los adultos deben modelar comportamientos seguros. Los menores aprenden observando, por lo que es importante que los adultos demuestren prácticas seguras.
- **Comunicación Abierta**: Mantener una comunicación abierta con los menores sobre sus actividades y preocupaciones. Esto permite que los menores se sientan cómodos informando sobre cualquier problema o situación peligrosa.

Metodologia Utilizada

- **Presentación**: Se hizo mediante un taller teórico práctico.
- **Discusión**: Se Facilitó una discusión grupal para explorar experiencias y aplicar lo socializado durante el desarrollo de la temática.
- **Ejercicios prácticos**: Se implementó una dinámica para apropiación del tema tratado.
- **Reflexión personal**: Se invitó a los participantes a ser reflexivos y críticos frente al desarrollo de la actividad

Evidencia de los métodos utilizados





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, donde se promueve la importancia de una combinación de educación, supervisión, reglas claras y un entorno seguro para proteger a los menores de actividades peligrosas y asegurar su bienestar general.

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

Powered by CamScanner

Compromiso 1: Poner en práctica lo aprendido durante el taller	*Madres Sustitutas*	*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: N/A	Hora: N/A	Lugar: N/A
Colaborador que elabora el acta:	Derly Liliana Hoyos Muñoz-Gestor de caso		

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACION

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FT-PI-68	1/29/2024
Version 3	Pagina 1 de 1
Clasificación de la información: Publica	

ACTIVIDAD: Actividades Peligrosas y nocivas Es. 1796 FECHA 31/07/2024.

HORA INICIAL: 9:00 am HORA FINAL: 10:00 am. LUGAR Oficina Yo me Cuido.

DEPENDENCIA LIDER: Dorly Liliana Hoyos M - 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	Diana Patricia Barragán	1083895004	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	3162110228	—		
2	Yeni Andrea Rojas.	36293823	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	3146622315	—		
3	Yasmin Urbano.	26515586	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	36834901	—		
4	Yuli Andrea Rojas.	1083893144	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3249706124	—		
5	Karen Dayana Calel	1083893414	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito	—	—	3229080277	—	KAREN.	
6	Omaira Diaz Molina	36295584	M. Sustituta	Yo te cuido.	Huila	Pitalito.	—	—	3144728447	—		
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-0024-01/08/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022

FECHA: 31 de Julio 2024 HORA: 9.00 am

LUGAR: Oficina FS Yo te cuido. TEMA: Actividades peligrosas y nocivas RS 1796.

DATOS DEL CAPACITADOR: Dady Liliana Hurtado M - 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:	✓			
2. Cómo calificarías la secuencia y calidad de la capacitacion.	X			
3. La calidad del contenido fue de calidad durante todo la pedagogía.	✓			
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.	✓			
7. Cómo calificarías la experiencia del capacitador.	X			
8. Cómo calificarías las habilidades de comunicación del capacitador.	X			
9. El capacitador respondió a las consultas de manera oportuna	X			
10. Cómo calificarías el contenido general de la capacitacion	X			
11. Las dinámicas y actividades individuales grupales utilizadas por los profesionales son consideradas como:	X			
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Powered by CamScanner

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

FECHA: 31 Julio 2024 HORA: 9:00 am

LUGAR: Oficina FS Yo te cuido. TEMA: Actividades peligrosas y medidas preventivas.

DATOS DEL CAPACITADOR: Dany Ulloa Ulloa H – Gestor de casos.

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.	NO			

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°		
Hora: *10:00 a.m*		Fecha: *31 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 es educar a las madres Sustitutas, en el uso de herramientas y estrategias efectivas para manejar y apoyar a NNA durante situaciones de crisis, promoviendo un entorno seguro y de apoyo emocional, adscritos a la modalidad de acompañamiento familiar Hogar sustituto*	

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 31 de Julio del 2024, la Gestora de caso de la Fundación "**Yo te Cuido**" desarrolla el taller sobre la "herramientas para la atención en crisis de NNA" para la resolución de conflictos, con Madres sustitutas, 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 *Crear un ambiente de confianza y apertura, permitiendo a las madres sustitutas compartir experiencias personales y conocer herramientas para el abordaje de situaciones difíciles.*

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

Qué son las técnicas de intervención en crisis?

La intervención en crisis es la primera ayuda psicológica, que implica ayuda, es aliviar el impacto inmediato, de los efectos estresantes con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, para lo cual se debe brindar apoyo, reducir el riesgo vital y vincular los recursos de ayuda.

Definición de Crisis:

Es un evento o situación que provoca una reacción emocional intensa y perturbadora, que puede desestabilizar el funcionamiento normal del niño o adolescente.

- ***Tipos de Crisis:***

Crisis Emocional: *Situaciones que afectan profundamente el bienestar emocional del NNA, como la pérdida de un ser querido, divorcio de los padres o problemas de autoestima.*

Powered by CamScanner

Crisis Familiar: *Cambios o conflictos dentro del núcleo familiar, como violencia doméstica, abuso o negligencia.*

Crisis Traumática: *Eventos externos significativos, como accidentes, desastres naturales o experiencias de violencia.*

Crisis de Desarrollo: *Dificultades relacionadas con el crecimiento y el desarrollo, como problemas en la escuela o dificultades para adaptarse a cambios en la vida.*

Signos Comunes de Crisis:

- ***Cambios en el Comportamiento:*** *Agresión, irritabilidad, aislamiento o regresión a comportamientos infantiles.*
- ***Alteraciones Emocionales:*** *Ansiedad extrema, tristeza profunda, miedo o desesperanza.*
- ***Problemas Físicos:*** *Dolores de cabeza, problemas para dormir, cambios en el apetito o somatización de emociones.*

herramientas prácticas y estrategias para ayudar a los NNA durante una crisis.

- ***Técnicas de Comunicación Efectiva:***
  - ***Escucha Activa:*** *Mostrar empatía y prestar atención sin interrumpir.*
  - ***Validación de Sentimientos:*** *Reconocer y aceptar las emociones del NNA sin juzgar.*
  - ***Mantenimiento de la Calma:*** *Cómo gestionar las propias emociones para no agravar la situación.*
- ***Manejo Emocional:***
  - ***Técnicas de Relajación:*** *Ejercicios de respiración profunda, meditación o técnicas de relajación muscular.*
  - ***Establecimiento de Rutinas:*** *Crear un entorno estructurado y predecible para ayudar al NNA a sentirse seguro.*
- ***Planificación de Emergencias:***
  - ***Desarrollo de un Plan Familiar:*** *Incluir pasos a seguir en caso de crisis y recursos a consultar.*
  - ***Acceso a Recursos Profesionales:*** *Información sobre dónde encontrar ayuda profesional, como terapeutas y líneas de apoyo*

La Línea 141 es una línea gratuita nacional que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar pone a disposición de todo adulto o niño que necesite reportar una emergencia, hacer una denuncia o pedir orientación sobre casos de maltrato infantil, violencia sexual, acoso escolar, trabajo infantil o consumo de sustancias psicoactivas, entre muchas otras situaciones que amenacen o afecten la vida e integridad de un niño, niña o adolescente.



Powered by CamScanner

Momento 3. Descripción Detallada de las Actividades:

Metodología y Estrategias utilizadas:

- Presentación teórica: taller teórico práctico.
- Reflexión individual: Proporcionar tiempo para la autoevaluación y planificación personal.

Conclusiones

Conocimiento y Preparación: Los Madres Sustitutas han adquirido un mayor conocimiento sobre las crisis en NNA y cómo reconocer los signos de una crisis.

Herramientas Prácticas: Los participantes han aprendido y practicado herramientas y estrategias para manejar eficazmente las crisis.

Confianza y Apoyo: El taller ha promovido un sentido de comunidad entre las Madres Sustitutas y les ha brindado confianza en su capacidad para apoyar a los NNA durante situaciones difíciles.

Planificación Futura: Las Madres sustitutas están mejor preparados para crear planes de emergencia y aplicar técnicas de manejo emocional en situaciones de crisis.

Evidencia de los métodos utilizados





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	*Madres Sustitutas*	*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*

Powered by CamScanner

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FEIP1 M	12/06/2024
Versión 8	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ACTIVIDAD: Uso de herramienta para apoyar a NNA en crisis.

FECHA 31/07/2024

HORA INICIAL: 10:00 am

HORA FINAL: 11:00 am

LUGAR Oficina FS 40 Te Cuido.

DEPENDENCIA LIDER: Dorly Liliana Hoyos M - Gestor de Caso.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Yuli Andrea Rojas	1083[illegible]	Sustituta		Pitalito				3219706140			
2												
3	Diana Patricia Barragán	1083[illegible]	Sustituta		Pitalito				3163410228			
4												
5	Yudys Padilla Hoyos Osorio	362881[illegible]	Sustituta	Yo te cuido	Huila	Pitalito			3203243565		Yudys Padilla Hoyos	
6												
7	Yesi Andrea Rojas	362938[illegible]	Sustituta	40 te cuido	Pitalito	Huila			3170662015			
8	Luis [illegible]	465[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			3137[illegible]			
9	Karen Daniela Cortes	1083[illegible]	M Sustituta	40 Te Cuido.	Pitalito	Huila.			3229080222.		Karen Cortes.	
10	Omaira Diaz Molina	362955[illegible]	M sustituta	40 te cuido	pitalito	Huila			3114728147			
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-0024-01/06/2022 FECHA DE APROBACION 01/06/2022

FECHA: 31/07/2021 HORA: 10:00 am

LUGAR: Oficina T.S. Yo Te Cuido. TEMA: Herramientas para situaciones en casa NNA

DATOS DEL CAPACITADOR: Dealy Liliana Flores H - Gestor 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 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.				

Powered by CamScanner

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

FECHA: 31/07/2024 HORA: 10:00 am

LUGAR: Oficina F.S. Yo Te Cuido. TEMA: Herramientas para situaciones en crisis NNA.

DATOS DEL CAPACITADOR: Daly Liliana Hayes M - Gestor de Casos.

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

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

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, el talento humano vinculado a la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto - elaboro e implemento un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad y Manual Operativo de la modalidad Hogar sustituto en cual se desarrollo en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata.

Neiva, 06 de agosto del año 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

RV: 1038811--RE: Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información

2 mensajes

Diana Cecilia Zabala Mazo <Diana.Zabala@icbf.gov.co> 2 de mayo de 2024, 14:13
Para: Mis aplicaciones <Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>
Cc: "fundacionsocialyotecuido@gmail.com" <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Cordial saludo,

Le solicito amablemente su apoyo para solucionar la inconsistencia que impide hacer el registro correcto en la plataforma de proveedores, de acuerdo a lo relacionado en el correo que antecede, ya se intento hacer el registro con las recomendaciones entregadas pero la inconsistencia persiste se adjunta el pantallazo del error.

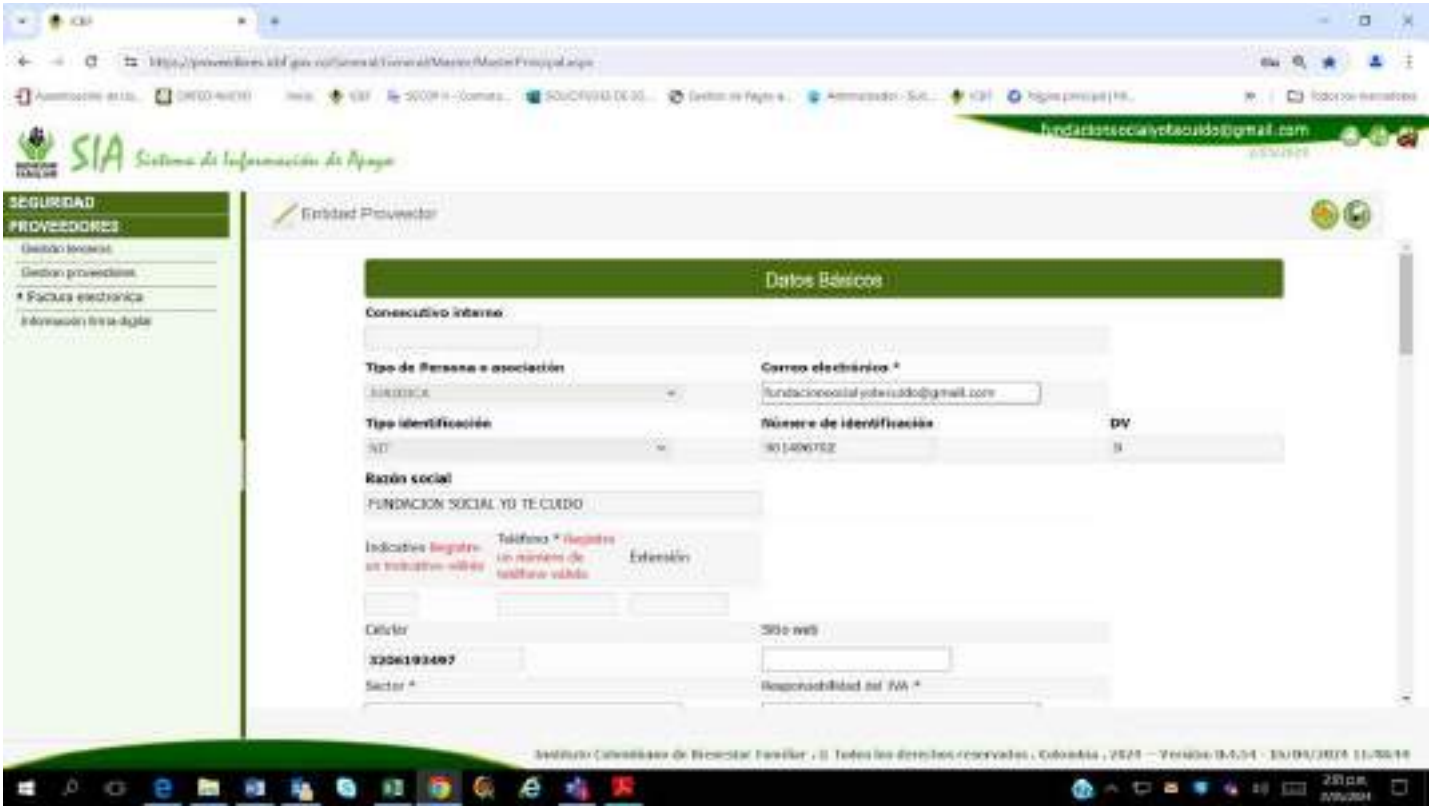
NOMBRE: Yudy Alejandra Barragan Cleves

cc: 1075278545

tel: 3115661665

correo: fundacionsocialyotecuido@gmail.com

La Mesa Informática de Soluciones-MIS Aplicaciones le informa que para atender su solicitud se generó el ticket N.º**[1038811]**, el cual fue escalado al área encargada.



Cordialmente,

Diana Cecilia Zabala Mazo

Contratista

Grupo Jurídico

ICBF Sede Regional Antioquia

Calle 45 # 79-141

Teléfono: 604 4093440 Ext. 400056

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
Enviado el: martes, 30 de abril de 2024 4:13 p.m.
Para: Diana Cecilia Zabala Mazo <Diana.Zabala@icbf.gov.co>
Asunto: Fwd: 1038811--RE: Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información

No suele recibir correos electrónicos de fundacionsocialyotecuido@gmail.com. Por qué esto es importante

Cordial saludo doctora

Reenviar correo que precede en cual tiene numero de TICKET de la gestión realizada para solucionar la inconsistencia del registro en el aplicativo de proveedores

---------- Forwarded message ---------
De: **Mis aplicaciones** <Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>
Date: mié, 17 abr 2024 a las 14:23
Subject: 1038811--RE: Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información
To: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Cordial Saludo,

La Mesa Informática de Soluciones-MIS Aplicaciones le informa que para atender su solicitud se generó el ticket N.º**[1038811]**, el cual fue escalado al área encargada.

Cordialmente,

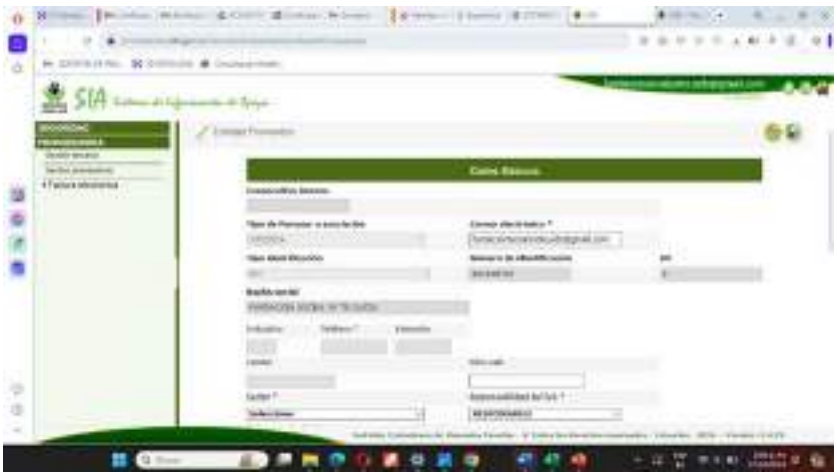
imagen

drml

De: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
Enviado: miércoles, 17 de abril de 2024 14:09
Para: Mis aplicaciones <Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>
Asunto: Re: Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información

cordial saludo,

Una vez realizada las orientaciones de manera comedida me permito enviar pantallazo que evidencia que la falla persiste



Adjunto envio los datos para soporte;

NOMBRE: Yudy Alejandra Barragan Cleves

cc: 1075278545

tel: 3115661665

correo: fundacionsocialyotecuido@gmail.com

El mar, 16 abr 2024 a las 11:02, Mis aplicaciones (<Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>) escribió:

> Cordial Saludo,
>
> La Mesa Informática de Soluciones-MIS Aplicaciones le informa que para atender su solicitud por favor validar el ingreso con otro navegador, borrar el historial del navegador por la configuración avanzada con las teclas CTRL + SHIFT + SUPR al mismo tiempo, nos vamos por la opción configuración avanzada y en intervalo de tiempo seleccionamos desde siempre o todos y marcamos las demás opciones y le damos eliminar o borrar, después de este proceso refrescamos la plataforma con las teclas CTRL + F5. realice el proceso de ingreso nuevamente, si despues de hacer estas validaciones no le aparece el boton remita el pantallazo completo y sin recortar para ser escalaldo al area encargada.
>
> **Cordialmente,**
>
> COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA
>
> **MIS.APLICACIONES, Mesa Informática de Soluciones**
> MISWEB: https//mis.icbf.gov.co
> Correo: mis.aplicaciones@icbf.gov.co
> Avenida Cr. 68 No. 64C - 75 Bogotá, Colombia
> Teléfono: 7666755 Ext. 8081
> Línea gratuita Nacional 018000120200 - 018000112880
> www.icbf.gov.co
>
> Clasificación de la información: **CLASIFICADA**
>
> drml
>
> ---
>
> **De:** FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
> **Enviado:** martes, 16 de abril de 2024 10:25
> **Para:** Mesa Informatica De Soluciones <mis@icbf.gov.co>; Mis aplicaciones <Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>
> **Asunto:** Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información
>
> Algunos contactos que recibieron este mensaje no suelen recibir correos electrónicos de fundacionsocialyotecuido@gmail.com. Por qué esto es importante
>
> Cordial saludo señores MIS
>
> De manera comedida me permito solicitar su apoyo para revisar sistema y habilitar el diligenciamiento de la información de terceros del usuario de la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, dado que no me deja grabar la demás información por falta de datos de teléfono, sin embargo el diligenciamiento de este esta bloqueado.
>
> Datos de contacto
>
> Nombre: Yudy Alejandra Barragan Cleves
>
> Cedula. 1.075.278.545
>
> Telefono. 3115661665



3 adjuntos



Outlook-imagen.png
70K

image003.png
14K

RUT YO TE CUIDO.pdf
684K

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com> 28 de mayo de 2024, 8:36
Para: COORDINADORZONA1HS@fundacionyotecuido.com

Trazabilidad de correos enviados a Proveedores

---------- Mensaje reenviado ---------
De: **Diana Cecilia Zabala Mazo** <Diana.Zabala@icbf.gov.co>
Fecha: El jue, 2 de may. de 2024 a la(s) 2:13 p.m.
Asunto: RV: 1038811--RE: Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información
Para: Mis aplicaciones <Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>
Cc: fundacionsocialyotecuido@gmail.com <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
[El texto citado está oculto]

2 adjuntos

image003.png
14K

RUT YO TE CUIDO.pdf
684K

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, cuenta con el talento humano requerido para la prestación del servicio y que este cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos, adicionalmente todos cuentan con la verificación el registro nacional de medidas correctivas, la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes y con el tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la modalidad.

Medellin – 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

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, no se realizaron investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad.

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

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

CERTIFICADO DE TALENTO HUMANO

Neiva, 05 de agosto de 2024

Señores
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Regional Huila

Yo, YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 36.347.141 de Campoalegre (H), y Yo, DIEGO ARMANDO ROJAS LAGUNA, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 7.688.899 de Neiva (H), y con Tarjeta Profesional N° 164666-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Contador Público de LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO identificada con NIT 901.496.702-9, manifiesto bajo la gravedad de Juramento que esta entidad cuenta con el talento humano requerido según Perfil y tiempo de dedicación definidos en el Lineamientos Técnicos de la modalidad y se encuentra a paz y salvo todo concepto salarios y prestaciones sociales con corte al 31 de julio de 2024.

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DIEGO ARMANDO ROJAS LAGUNA
Contador Publico
T.P. 164666-T

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

LA SUSCRITA REPRESENTANTELEGAL 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 septiembre del año 2024, cumple a cabalidad con la totalidad de las acciones establecidas en la Guía Técnica para la metrología aplicable a modalidad; por lo anterior se anexa, certificado de la representante legal en la cual se establece que durante el mes de agosto la fundación cuenta con los equipos metrológicos en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata.

Se expide en Neiva el día 02 de octubre del 2024



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA

Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de julio del año 2024, se ha cumplido y se ha garantizado adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, en las sedes administrativas de los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata de acuerdo con lo establecido en

los documentos vigentes.

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

CERTIFICADO DE CALIBRACION

NÚMERO **IYEQSFY-2021**

SOLICITANTE:	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	**UBICACIÓN:**	NEIVA-HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 11 No 5-80	**TELÉFONO:**	3206193497
EQUIPO:	BASCULA DIGITAL	**RANGO EQUIPO:**	0 - 200 kg / 440 lbs
MARCA	SECA	**RESOLUCIÓN:**	100 g / 0,2 lbs
MODELO:	813	**PRECISIÓN:**	±0,2kg [0 - 20kg] ±0,3kg (20 - 50kg] ±0,6kg (50 - 150kg]
SERIE:	8818080232715	**No. INV:**	NO REGISTRA

REVISIÓN FISICA: El equipo fue revisado rigurosamente, verificando el estado físico del mismo, para garantizar una adecuada medición, concluyendo así que el equipo se encontraba en buenas condiciones para realizar la calibración.

LUGAR DE CALIBRACION: La calibración se realizo "In situ" en las instalaciones de INDUSTRIAS Y EQUIPOS LEON

METODO DE CALIBRACION : La calibracion se efectua por comparación directa con las masas patrón de 1Kg ,2Kg, 5kg, 10kg, 20kg.

PATRONES UTILIZADOS:

REFERENCIA	LABORATORIO	N. CERTIFICADO	CLASE
MASA PATRON 1Kg	OMECOL	22926 LM	F1
MASA PATRON 2kg	WR LABORATORIOS	CAP-1109-22	F1
MASA PATRON 5kg	OMECOL	22927 LM	M1
MASA PATRON 10kg	OMECOL	22928 LM	M1
MASA PATRON 20kg	OMECOL	22929 LM	M1

FECHA DE RECEPCIÓN: 09 DE ABRIL DE 2024
FECHA DE CALIBRACIÓN: 15 DE ABRIL DE 2024
FECHA DE EMISIÓN: 16 DE ABRIL DE 2024

FIRMAS AUTORIZADAS

YOLANDA CEDEÑO MEDINA
Director Técnico de Laboratorio

Powered by CamScanner

Industrias y Equipos Leon garantiza la trazabilidad de los patrones utilizados en estas mediciones hacia patrones nacionales. Este certificado hace referencia al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El laboratorio que lo emite no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

CONDICIONES AMBIENTALES:	TEMPERATURA AMBIENTE:	28 ±1°C
	HUMEDAD RELATIVA:	57 ±5%
	PRESION ATMOSFÉRICA:	100.8 kPa

PROCEDIMIENTO DE CALIBRACION.

La calibracion ha sido realizada por pesaje de masas certificadas de 1 Kg, 5kg, 10kg y 20kg, según el procedimiento interno IYEBA06 - 001, basado en la guía para la calibración de instrumentos de pesar no automáticos. EURAMET cg-18 versión 4.0.

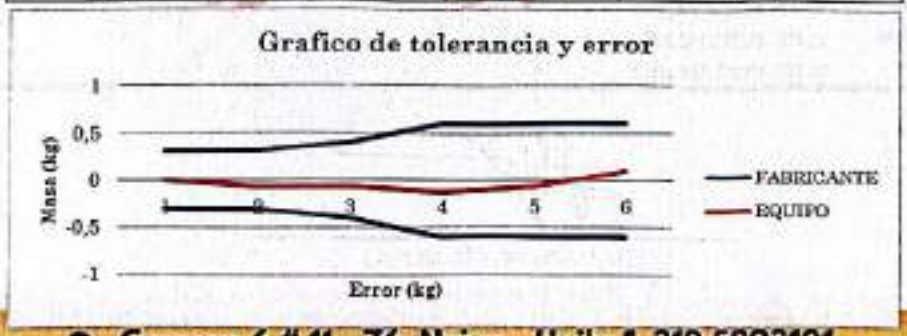
INCERTIDUMBRE DE LA MEDICION ESTIMADA DE LA CALIBRACIÓN.

La incertidumbre expandida de calibración indicada en el apartado de resultados, se ha obtenido multiplicando la incertidumbre típica de calibración por el factor de cobertura k = 2 que, para una distribución normal, corresponde a una cobertura de aproximadamente el 95%.

RESULTADOS DE CALIBRACIÓN

RESULTADOS PRUEBA DE EXACTITUD ASCENDENTE

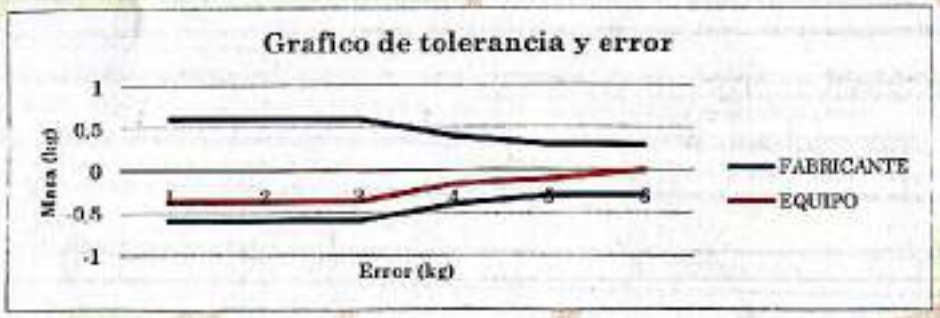
EQUIPO PATRÓN (kg)	PROMEDIO EQUIPO EN PRUEBA(kg)	ERROR PROMEDIO (kg)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00000	0,00000	0,29439
20,00	19,93000	-0,07000	0,32318
40,00	39,93000	-0,07000	0,32318
80,00	79,87000	-0,13000	0,39721
100,00	99,93000	-0,07000	0,32318
140,00	140,10000	0,10000	0,35560



Powered by CamScanner

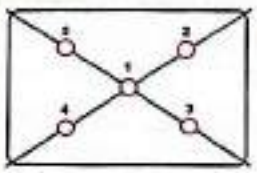
RESULTADOS PRUEBA DE EXACTITUD DESCENDENTE

EQUIPO PATRÓN (kg)	PROMEDIO EQUIPO EN PRUEBA (kg)	ERROR PROMEDIO (kg)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
140,00	139,630	-0,370	0,474
100,00	99,630	-0,370	0,474
80,00	79,630	-0,370	0,474
40,00	39,830	-0,170	0,343
20,00	19,900	-0,100	0,316
0,00	0,000	0,000	0,294



RESULTADOS PRUEBA DE EXCENTRICIDAD

DIAGRAMA UBICACION DE MASAS



PUNTO	EQUIPO EN PRUEBA	CARGA	ERROR
1	60,00	60,00	0,00
2	59,70	60,00	-0,30
3	60,00	60,00	0,00
4	60,00	60,00	0,00
5	59,80	60,00	-0,20

CARGA= 1/3 * CARGA MAX= 60,0 kg

Powered by CamScanner

RESULTADOS PRUEBA DE REPETIBILIDAD

PUNTO	CARGA BAJA 20,0 kg		CARGA MEDIA 60,0 kg		CARGA ALTA 100,0 kg	
	INDICACIÓN	ERROR	INDICACIÓN	ERROR	INDICACIÓN	ERROR
1	20,00	0,00	60,00	0,00	99,50	-0,50
2	20,00	0,00	60,00	0,00	99,60	-0,40
3	19,80	-0,20	59,70	-0,30	99,80	-0,20
4	19,80	-0,20	59,80	-0,20	100,00	0,00
5	19,90	-0,10	59,90	-0,10	100,00	0,00

La conformidad o no conformidad en el apartado de resultados, hace referencia a que la medición se ajusta o no, a los límites establecidos por el fabricante en el parámetro de precisión, según los resultados de la incertidumbre expandida y el error o factor de corrección.

OBSERVACIÓN _____

FIN DEL CERTIFICADO

Powered by CamScanner

INDUSTRIAS Y EQUIPOS LEON
NIT. 36.167.370-9

Servicios de calibración con trazabilidad metrológica ONAC

"Se mide la inteligencia del individuo por la cantidad de incertidumbre que es capaz de soportar"
Immanuel Kant

CERTIFICADO DE CALIBRACION

NÚMERO **IYEQSFY-745**

SOLICITANTE:	**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**	**UBICACIÓN**	**NEIVA HUILA**
DIRECCIÓN:	**CALLE 11 # 8-80**	**TELEFONO**	**3206193497**
EQUIPO:	**INFANTOMETRO**	**RANGO EQUIPO:**	**100-1000mm**
MARCA	**SECA**	**RESOLUCIÓN:**	**1 mm**
MODELO:	**417**	**PRECISION**	**±0,3mm**
SERIE:	**10000000876796**	**No INV**	**NO REGISTRA**

REVISIÓN PÍSICA: El equipo fue revisado rigurosamente, verificando el estado físico del mismo, del mecanismo retráctil y de la cinta de lectura, para garantizar una adecuada medición longitud, concluyendo que se encontraba en buenas condiciones para realizar la calibración, y que la cinta de medición no presenta borrones, desgaste o ambigüedad en las lecturas.

LUGAR DE CALIBRACION: La calibración se realizo "la situ" en las instalaciones delINDUSTRIAS Y EQUIPOS LEON ubicado carrera 6 N° 11-70 Neiva - Huila.

METODO DE CALIBRACION : La calibracion se efectua por comparación directa con el equipo patrón.

PATRONES UTILIZADOS:

REFERENCIA	LAB. CALIBRACIÓN	N. SERIE	N. CERTIFICADO
CINTA METRICA	SUMINISTROS INDUSTRIALES DE COLOMBIA SAS	1550	L11510

FECHA DE RECEPCIÓN:	**29 DE ENERO DEL 2024**
FECHA DE CALIBRACIÓN:	**30 DE ENERO DEL 2024**
FECHA DE EMISIÓN:	**5 DE FEBRERO DEL 2024**

FIRMAS AUTORIZADAS

YOLANDA CEDEÑO MEDINA
Director Técnico de Laboratorio

Powered by CamScanner

Este certificado hace referencia al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El laboratorio que lo emite no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

CONDICIONES AMBIENTALES:	TEMPERATURA AMBIENTE :	24 ±1°C
	HUMEDAD RELATIVA :	48 ±5%
	PRESION ATMOSFÉRICA:	100,8 kPa

PROCEDIMIENTO DE CALIBRACION.

La calibracion ha sido realizada por comparación directa con el patrón, según el procedimiento interno IYECM06 - 001, basado la recomendación internacional OIML R 35-1 edición 2007 "Medidas de longitud de materiales para uso general parte 1: Requerimientos metrológicos y técnicos."

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICION ESTIMADA DE LA CALIBRACIÓN.

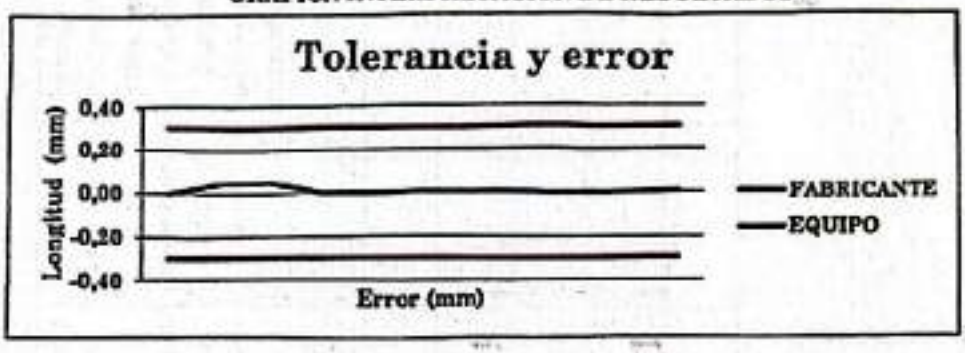
La incertidumbre expandida de calibración, indicada en el apartado de resultados, se ha obtenido multiplicando la incertidumbre típica de calibración por el factor de cobertura k = 2 que, para una distribución normal, corresponde a una cobertura de aproximadamente el 95%.

PRUEBAS DE CALIBRACIÓN

EQUIPO PATRÓN (mm)	EQUIPO EN PRUEBA (mm)	ERROR (mm)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00000	0,000000	1,414214
100,00	100,05000	0,050000	1,417745
200,00	200,05500	0,055000	1,417074
300,00	300,00000	0,000000	1,414214
400,00	400,00000	0,000000	1,414214
500,00	500,00500	0,005000	1,414249
600,00	600,00000	0,000000	1,414214
700,00	700,00000	0,000000	1,414214
800,00	800,00000	0,000000	1,414214
900,00	900,00000	0,000000	1,414214
1000,00	1000,00500	0,005000	1,414249

Powered by CamScanner

GRAFICA INTERPRETACION DE RESULTADOS



OBSERVACIONES:

FIN DEL CERTIFICADO

Powered by CamScanner

LEON
INDUSTRIAS Y EQUIPOS
NIT. 36.167.370-9

Servicios de calibración con trazabilidad metrológica ONAC

"Se mide la inteligencia del individuo por la cantidad de incertidumbre que es capaz de soportar"
Immanuel Kant

CERTIFICADO DE CALIBRACION

NÚMERO **IYEQSFY-746**

SOLICITANTE:	**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**	**UBICACIÓN**	**NEIVA HUILA**
DIRECCIÓN:	**CALLE 11 # 3-56**	**TELEFONO**	**3206193497**

EQUIPO:	**TALLIMETRO**	**RANGO EQUIPO:**	**200-2100mm**
MARCA	**SECA**	**RESOLUCIÓN:**	**1 mm**
MODELO:	**213**	**PRECISION**	**±0.3mm**
SERIE:	**10000000805452**	**No INV**	**NO REGISTRA**

REVISIÓN FÍSICA: El tequipo fue revisado rigurosamente, verificando el estado físico del mismo, del mecanismo retráctil y de la cinta de lectura, para garantizar una adecuada medición longitud, concluyendo que se encontrala en buenas condiciones para realizar la calibración, y que la cinta de medición no presenta borrones, desgaste o ambieguedad en las lecturas.

LUGAR DE CALIBRACION: La calibración se realizo en las instalaciones de INDUSTRIAS Y EQUIPOS LEON ubicado carrera 6 No 11-78 Neiva-Huila.

METODO DE CALIBRACION : La calibracion se efectua por comparación directa con el equipo patrón.

PATRONES UTILIZADOS:

REFERENCIA	LAB. CALIBRACIÓN	N. SERIE	N. CERTIFICADO
CINTA METRICA	SUMINISTROS INDUSTRIALES DE COLOMBIA SAS	1650	L11510

FECHA DE RECEPCIÓN: 29 DE ENERO DEL 2024
FECHA DE CALIBRACIÓN: 30 DE ENERO DEL 2024
FECHA DE EMISIÓN: 5 DE FEBRERO DEL 2024

FIRMAS AUTORIZADAS

YOLANDA CEDEÑO MEDINA
Director Técnico de Laboratorio

Calle 12 No. 6 - 15 Oficina 201 Neiva - Huila 318 589 3121 industriasyequiposleon@gmail.com

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

LEON
INDUSTRIAS Y EQUIPOS
NIT. 36.167.370-9

Servicios de calibración con trazabilidad metrológica ONAC

"Se mide la inteligencia del individuo por la cantidad de incertidumbre que es capaz de soportar"
Immanuel Kant

Industrias y Equipos Leon garantiza la trazabilidad de los patrones utilizados en estas mediciones hacia patrones nacionales. Este certificado hace referencia al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El laboratorio que lo emite no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

CONDICIONES AMBIENTALES:	TEMPERATURA AMBIENTE :	24 ±1°C
	HUMEDAD RELATIVA :	48 ±5%
	PRESION ATMOSFÉRICA:	1010 hPa

PROCEDIMIENTO DE CALIBRACION.

La calibracion ha sido realizada por comparación directa con el patrón, según el procedimiento interno IYECM08 - 001, basado la recomendación internacional OIML R 35-1 edición 2007 "Medidas de longitud de materiales para uso general parte 1: Requerimientos metrológicos y técnicos."

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICION ESTIMADA DE LA CALIBRACIÓN.

La incertidumbre expandida de calibración, indicada en el apartado de resultados, se ha obtenido multiplicando la incertidumbre típica de calibración por el factor de cobertura k = 2 que, para una distribución normal, corresponde a una cobertura de aproximadamente el 95%.

PRUEBAS DE CALIBRACIÓN

EQUIPO PATRÓN (mm)	EQUIPO EN PRUEBA (mm)	ERROR (mm)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
200,00	200,01000	0,010000	1,414214
300,00	300,00500	0,005000	1,414214
400,00	400,00500	0,005000	1,414249
500,00	500,00500	0,005000	1,414249
600,00	600,00500	0,005000	1,414249
700,00	700,00500	0,005000	1,414249
800,00	800,00000	0,000000	1,414214
900,00	900,00000	0,000000	1,414214
1000,00	1000,00500	0,005000	1,414249
1100,00	1100,00000	0,000000	1,414214
1200,00	1200,00500	0,005000	1,414249
1300,00	1300,00000	0,000000	1,414214
1400,00	1400,00000	0,000000	1,414214
1500,00	1500,00500	0,005000	1,414249
1600,00	1600,00000	0,000000	1,414214
1700,00	1700,00500	0,005000	1,414249
1800,00	1800,00000	0,000000	1,414214
1900,00	1900,00000	0,000000	1,414214
2000,00	2000,00000	0,000000	0,816497

Calle 12 No. 6 - 15 Oficina 201 Neiva - Huila 318 589 3121 industriasyequiposleon@gmail.com

Powered by CamScanner

GRAFICA INTERPRETACION DE RESULTADOS



OBSERVACIONES:

FIN DEL CERTIFICADO

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE CALIBRACION

NÚMERO **IYEQSFY-2018**

SOLICITANTE:	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	**UBICACIÓN:**	NEIVA-HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 11 No 3-80	**TELÉFONO:**	3206193497
EQUIPO:	PESA BEBE	**RANGO EQUIPO:**	25 kg / 55 lb
MARCA	BERNALO	**RESOLUCIÓN:**	5 g/0,01lb
MODELO:	ER7210	**PRECISIÓN:**	0 - 12,5 kg / 5g; 12,5 - 25 kg / 10 g
SERIE:	NO REGISTRA		
No INVENTARIO	NO REGISTRA		

REVISIÓN FISICA: El equipo fue revisado rigurosamente, verificando el estado físico del mismo, para garantizar una adecuada medición, concluyendo así que el equipo se encontraba en buenas condiciones para realizar la calibración.

LUGAR DE CALIBRACION: La calibración se realizo "In situ" en las instalaciones de **INDUSTRIAS Y EQUIPOS LEON**

METODO DE CALIBRACION : La calibracion se efectuo por comparación directa con las masas patrón de 5kg. 10kg. 20kg.

PATRONES UTILIZADOS:

REFERENCIA	LABORATORIO	N. CERTIFICADO	N. SERIE
MASA DE 5 KG	OMECOL	22927	M1
MASA DE 10 KG	OMECOL	22928	M1
MASA DE 20 KG	OMECOL	22929	M1

FECHA DE RECEPCIÓN: 09 DE ABRIL DE 2024
FECHA DE CALIBRACIÓN: 15 DE ABRIL DE 2024
FECHA DE EMISIÓN: 16 DE ABRIL DE 2024

FIRMAS AUTORIZADAS

YOLANDA CEDEÑO MEDINA
Director Laboratorio de Metrología

Industrias y Equipos Leon garantiza la trazabilidad de los patrones utilizados en estas mediciones hacia patrones nacionales. Este certificado hace referencia al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El laboratorio que lo emite no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Powered by CamScanner

CONDICIONES AMBIENTALES:	TEMPERATURA AMBIENTE:	24 ±1°C
	HUMEDAD RELATIVA:	64 ±5%
	PRESION ATMOSFÉRICA:	100,8 kPa

PROCEDIMIENTO DE CALIBRACION.

La calibracion ha sido realizada por pesaje de masas certificadas de 5kg, 10kg y 20kg, según el procedimiento interno IYEBA06 - 001, basado en la guía para la calibración de instrumentos de pesar no automáticos, EURAMET cg-18 versión 4.0.

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICION ESTIMADA DE LA CALIBRACIÓN.

La incertidumbre expandida de calibración, indicada en el apartado de resultados, se ha obtenido multiplicando la incertidumbre típica de calibración por el factor de cobertura k = 2 que, para una distribución normal, corresponde a una cobertura de aproximadamente el 95%.

RESULTADOS DE CALIBRACIÓN [1]

RESULTADOS PRUEBA DE EXACTITUD ASCENDENTE

EQUIPO PATRÓN	PROMEDIO EQUIPO EN PRUEBA	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,000	0,00000	0,57807
5,00	4,990	-0,01000	0,57811
10,00	9,990	-0,01000	0,57807
15,00	14,990	-0,01000	0,57807
20,00	19,990	-0,01000	0,57807



Powered by CamScanner