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

1.1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS CONTRATISTA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO CON REPRESENTACIÓN LEGAL DE YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA	**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** **NIT: 901496702-9** **Cédula No.: 36.347.141**
DIRECCION: Calle 21 nº 7a- 20 barrio tenerife **- Neiva . Huila**	**CORREO:** fundacionsocialyotecuido@gmail.com
CONTRATO NO. 41002102024 DE FECHA: 27/03/2024	**FORMA DE PAGO:** El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) un giro de alistamiento durante los primeros 10 días hábiles del mes de abril por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de abril presentando los siguientes documentos: (1) Certificación Bancaria. (2) Aprobación de Garantía. (3) Acta de Inicio y (4) Los exigidos en la resolución 5360 de 2023 que apliquen teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. (ii) Siete (7) desembolsos mensuales vencidos, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique) de los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. (7) Cuenta de cobro o factura (según aplique). (8) Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. (iii) El aporte correspondiente al mes de noviembre, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente. PARAGRAFO PRIMERO: De conformidad a lo establecido en el literal D numeral segundo del artículo 2 de la resolución 3944 de 2022 en la que se establece: "excepcionalmente y previa autorización escrita por parte del supervisor del contrato, se podrá autorizar que, por una única vez, el último desembolso realizado a la cuenta maestra del operador pueda ser girado a la cuenta auxiliar, para que de allí se traslade dicho recurso a una cuenta bancaria del operador en la que maneje recursos propios". (Solo aplica para los contratos que requieran cuenta maestras) PARAGRAFO SEGUNDO: Para el último desembolso en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar el certificado expedido por el supervisor del contrato, de la devolución de los bienes muebles devolutivos adquiridos durante la ejecución del contrato, con recursos del ICBF, adjuntando copia del (los) comprobante (s) de ingreso al almacén del ICBF de dichos bienes y acta de devolución y recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios con el paz y salvo por todo concepto de servicios públicos, impuestos, tasas, contribuciones, valorización, etc. PARAGRAFO TERCERO: Para el informe de atención a usuarios (as), se utilizará el criterio del valor cupo/mes en relación con los conceptos de cupo utilizado y no utilizado. Por los días de ingreso y egreso de cada usuario (a) se reconocerá el valor correspondiente a medio día. PARÁGRAFO CUARTO: Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento de cada mensualidad, una vez se cuente con disponibilidad del
PERIODO DE EJECUCIÓN: Del 01 al 30 SEPTIEMBRE DEL 2024	**VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** 2.060.112.058
NUMERO DE CUENTA: 454-000044-79	**ENTIDAD BANCARIA:** BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: AHORRO X	**PAGO NO: 06 / 08**

2. INFORMACION FINANCIERA

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

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

4. . DATOS DEL SUPERVISOR

Leidy Sanchez-Coordinadora Centro Zonal-Pitalito, Irma Constanza Almario Perdomo--Coordinador centro zonal Garzón - Claudia Liliana Vidal Floriano- coordinadora centro zonal - La Plata.

Cumplimiento de Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión (i)	Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)	Observaciones (iv)
EJE DE CALIDAD			
1) Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios	**SI**	Acta de reunión y listado de asistencia (Formato Asistencia, Reunión y Capacitación). Primer informe de supervisión y cuando se realice cambios en el talento humano carácter técnico misional	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del 2024, se realizaron cambios de talento Humano en las sedes de PITALITO , por lo tanto se realizó socilización de la información basica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) . Como soporte se adjunta acta y base de datos del talento Humano de las sedes La plata, garzon y Pitalito.
2) Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio.	**SI**	Ficha técnica, resultados de la encuesta y soportes Según lo determinado por el supervisor	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del 2024, se aplico encuestas de satisfacciona a los usuarios de los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata, a fin de identificara las acciones de mejora para mejorar la perseccion frente al trabajo relaizado por la fundacion social yo te cuioo, es asi que se anexan la sisguiente informacion: 1. 5 Encuentas de satisfaccion municipio de Pitalito 2. 4 Encuestas de satisfaccion municipio de Garzon 3. 11 Encuestas de satisfaccion en el municipio de la plata. se adjunta encuestas aplicadas a los usuarios durante el ultimo periodo, certificado donde se reporta que la ficha tecnica no aplica para el mes de septiembre
3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio.	**N/A**	Acciones y oportunidades de mejora. Formato 2 (Formato Acciones de Mejora v2). En cualquier seguimiento de la supervisión	Para el presente periodo la fundacion social yo te cuido recibio 1 requerimiento en el municipio de la Plata, donde se le dio respuesta a la solcitud a traves de correo electronico en cual se djunta como evidencia. Para el municpio de Garzon y Pitalito no se presentaron acciones de mejora, se adjunta certificado .
4) Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto contractual.	**SI**	Actas de apertura del buzón de sugerencias.	El FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO anexa las actas de apertura del buzon de sugerencias por cada municipio (GARZON, PITALITO, LA PLATA) en el mes de septiembre ; asi como, los soportes de envio de dicha informacion a los supervisiores del contrato.
EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION			

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

1) Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato	**SI**	<u>Al inicio del contrato</u> Compromiso de confidencialidad. Formato 5 (Formato Compromiso de Confidencialidad v6) Para dar cumplimiento a esta obligación contractual se debe suscribir un compromiso de confidencialidad entre el ICBF y el representante legal de la empresa contratista u operador social, este compromiso únicamente lo firmará el representante legal de la empresa contratista u operador.	Una vez se dio inicio al contrato de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, se procedió a la firma del formato de confidencialidad por parte de todo el talento humano dispuesto para la prestación del servicio. Del mismo modo, la representante legal de la fundacion realizo firma y entrega del compomiso de confidencialidad de la informacion par el presente contrato. firmado el 21 de marzo de 2024
2) Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato	**SI**	<u>En el momento que se materialice un incidente.</u> Reporte de incidentes de Seguridad de la Información. Formato 6 (Formato Reporte de Incidentes de Seguridad de la Información v2)	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024, no se presento ningún incidente de seguridad que pudiera afectar la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal firmado el 02 de octubre 2024
3) Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este.	**SI**	<u>Al inicio del contrato</u> Plan de recuperación y contingencia. Formato 25 (Formato Plan de Recuperación y Contingencias v2)	La fundación social yo te cuido durante el primer informe de ejecucion presentado en el mes abril del año 2024, cargo el plan de recuperación y contingencia ante la presencia de cualquier evento que pueda afectar el cumplimiento de la ejecución del contrato. Es asi que durante el presente periodo no se presento ninguna situacion que pusiera en riesgo la seguiridad de la informacion; por lo anterior, se anexa certificacion emitada por la representante legal.
4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato.	**NA**	<u>Segundo y último mes de ejecución.</u> Certificación de cumplimiento firmada por el supervisor del contrato. Formato 4 (Formato Cumplimiento de Política de Seguridad de la Información v3) Formato 43 (Formato Seguimiento Cumplimiento Controles Seguridad Información Proveedores Servicios Tecnológicos v1).	Que la fundación Social Yo Te Cuido durante el periodo comprendido entre el 01 y 30 de septiembre 2024, Para este periodo no se evidencia soportes por dichos conceptos según clausula Cuarta (04) del Eje de Seguridad de la Información "4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato."
EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
1) Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente	**SI**	Formato 26, Evidencia: Certificación de designación del representante de Seguridad y Salud en el Trabajo. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido cuenta con un representante en seguridad y salud en el trabajo quien cumplen con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente . Se anexa formato F26, El cual certifica el cumplimiento de dicha obligación.
2) Presentar matriz con la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato.	**SI**	Formato 27, Evidencia: Matriz identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, CENTROS ZONALES: , La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido cuenta con una matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato. Se anexa formato f27 totalmente diligenciado. De igualmanera durante el presente periodo, no se presento ninguna situacion de peligro frente a la seguridad y salud en el trabajo que afectara la integridad del talento humano de la fundacion social yo te cuido. Por lo anterior, se anexa certificado emitido por la represenatnte legal.
3) Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.	**SI**	Formato 1, Evidencia: Listado de Asistencia y acta de reunión, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Par el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024 se llevo a cobo induccion al puesto de trabajo de las profesionales que ingresaron a hacer parte del equipo de Trabajo de la fundacion social yo te cuido: 1. Equipo Psicosocial, municipio de Pitalito
4) Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades.	**SI**	"Formato 28 Formato 29. Evidencia: Matriz de entrega y elementos de protección personal debidamente firmada por cada trabajador, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad."	Durante el presente periodo se realizo entrega de tapabocas y alcohol a los profeisonales de los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata, a fin de garantizar que estos cueten con los elemntos basicos de proteccion integral. Se anexa formato 29, matriz de entrega de elementos de proteccion personal.
5) Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato.	**SI.**	Certificado Médico Ocupacional, Evidencia: Certificado médico ocupacional de cada trabajador, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo de ejecución se solicito al talento humano que ingreso a hacer parte de la modalidad la entrega del examen ocupasional de ingreso. Por lo anterior, se anexa examen ocupacionales del talento humano vinculado para esta contratación, dando cumplimiento con la obligación contractual, los cuales se relacionan a continuacion: 1. equipo psicosocial pitalito.
6) Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.	**SI**	Formato 32, Evidencia: Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se anexa el formato de la Elaboración Plan de Emergencias y Simulacro .F32.G7.ABS
EJE DE GESTION AMBIENTAL			

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

1) Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad.	**SI**	Formato 33, Evidencia: Informe donde se describan las buenas prácticas ambientales implementadas junto con registro fotográfico. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se anexa formato de certificación y cumplimiento de la política ambiental y buenas prácticas ambientales del ICBF formato N° F33.G7.ABS.
2) Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio	**SI**	Copia del acto administrativo del permiso y/o autorización, estudios ambientales, caracterizaciones de vertimientos, mantenimientos, compensaciones, entre otras.	La Fundación social yo te cuido cuenta con los conceptos higiénicos sanitarios vigentes para las asedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, la Plata Y Pitalito. Por lo anterior, se anexa conceptos sanitarios.
3) Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente	**SI**	Formato 35, Presentar semestralmente, Evidencia: Matriz de compatibilidad, inventario de productos químicos, hojas de seguridad, lista de chequeo manejo seguro de sustancias químicas. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Se evidencia formato del ICBF F35.G7.ABS manejo adecuado de productos químicos y/ combustibles.
4) Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente. (aplica solo en caso de que se manejen combustibles en la unidad de servicio).	**N/A**	Formato 37 Presentar semestralmente, Evidencia: Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. CENTROS ZONALES: , La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el presente periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del 2024 la fundación social yo te cuido no realizo transporte y manejo de combustibles, ado que no se reaquieren para la utilizados durante la prestación del servicio
5) Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato.	**N/A**	Formato 37 Presentar semestralmente, Evidencia: Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024 desde la fundacion social yo te cuido no requirio manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos dado que estos no se generan en la ejecución del contrato.
6) Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados.	**SI**	Formato 38, Presentar semestralmente, Evidencia: Informes de mantenimiento y limpieza, así como, Certificaciones de disposición final de residuo si aplica. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	la fundación SOCIAL YO TE CUIDO no cuenta con infraestructura que tenga trampas de grasa ni planta de tratamiento de agua.
7) Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente.	**SI**	Formato 39 Formato 40 El plan de saneamiento al inicio del contrato, y los registros serán entregados trimestralmente, Evidencia: Plan de Saneamiento y registros de cumplimiento. CENTROS ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata tiene su propio plan de saneamiento básico el cual esta diligenciado en el formato F39.G7.ABS y F40.G7.ABS
Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE GENERAL			
1) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio correspondiente al periodo vigente CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a cada una de las actividades establecidas en el presente contrato, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, zonas de incidencia del mismo; es así que se adjunta certificación emitida por la representante legal en la cual consta el cumplimiento de los compromisos. Entre las cuales se encuetra. 1. Seguimientos y evoluciones a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad. 2. Talleres y capacitaciones a usuarios, madres sustitutas y familias biologicas. 3. Visitas a las unidades de servicio. 4. Entrega de informes y solicitudes recibidas desde el ICBF.
2) Cumplir con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio de los CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de Septiembre del año 2024, desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a las acciones enmarcadas en el objeto contractual en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, aplicando de manera correcta y satisfactoria los lineamientos, guías técnicas y manuales operativos establecidos para la modalidad Hogar Sustituto.
3) Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias y dar aviso inmediato al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución y proponer alternativas de solución.	**SI**	Plan de Contingencia- registro de correos electrónicos informando a la Supervisora del Contrato sobre Evasiones si se han presentado durante el mes. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024, en el municipio de La plata , pitalito y Garzon se presentaron situaciones de abandonos irregulares,dando cumplimiento a lo establecido a la guia de orientaciones se adjunta evidencia de reporte a la autoridad administractiva y supervisora del contrato.
4) Presentar información, y soportes que den repuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato	**SI**	Acta o actas de visita y/o comunicación, (si aplica), o certificación. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el presente periodo la fundación social yo te cuido no recibió ningún requerimiento por parte de los entes de control frente a la calidad de la prestación del servicio; por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.

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

5)) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato.	**SI**	Reporte de fotografía del archivo de los anexos de historia de atención. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. verificación en sitio	En las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar sustituto, ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la plata, se han dispuesto los medios necesarios para salvaguardar la información y custodia de las carpetas e historias de atención de los niños, niñas, adolescentes, familias sustitutas y talento humano. por lo anterior, certificación emitida por la representante legal.
6) Atender durante la ejecución del contrato, los requerimientos, instrucciones y recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.	**SI**	Reporte respuestas de los requerimientos y/o recomendaciones realizadas por el ICBF. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	El operador Fundacion Social Yo te Cuido, remitio respeusta de requerimiento del presunto incumpliminto del municipio de la plata el dia 27-09-2024, Se adjunta como evidencia correo electronico.
7)) Entregar oportunamente, al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en la ejecución del contrato cuando así se requiera	**SI**	Reporte o respuesta de informes, a las solicitudes formuladas (si aplica). CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024, se envio de manera oportuna a los supervisores del contrato la siguiente informacion: * Base de datos modalidad Hogar sustituto * reporte de acciones de daño antijuridico Por lo anterior se anexan correos de envio de informacion.
8) Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo "Buenas Prácticas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente	**SI**	Certificación emitida por el representante legal. CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo del presente informe desde la fundación social yo te cuido se ha cumplido a cabalidad en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata, con las disposiciones establecidas en el capitulo de buenas practicas en la gestión contractual. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta del cumplimiento de dicha obligación.
10) Abstenerse de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso, y notificando a la supervisión y autoridades competentes cualquier hecho que se relacione con estas conductas.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que NO recibió o solicitó cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso	Desde la fundación social yo te cuido no se ha recibido o solicitado ninguna dadiva o beneficio en el proceso de gestión y desarrollo del proceso de atención de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta que no hemos estado expuestos a solicitudes relacionadas.
11) El contratista se compromete a asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejando constancia de su compromiso para brindar un trato respetuoso buscando generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y se comprometen a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colabores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y 30 de Septiembre del 2024, desde la fundación social yo te cuido se ha asumido practicas de buen trato para con el talento humano, las madres sustitutas, familias biológicas y usuarios que hacen parte de la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata. Teniendo en ciento lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
12) Constituir y cargar en SECOP las garantías requeridas dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato.	**SI**	soportes cargue de información en el SECOP II	La fundación social yo te cuido cumplido con el cargue de información correspondiente a la suscripción del contrato en los tiempos definidos con los soportes e información requerida. Se anexa pantallazo, del cargue oportuno de la información.
13) Promover acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio, certificado de la entidad donde haga constar que esta realizando acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024, desde la fundación social yo te cuido con el apoyo de los equipos psicosociales dispuestos para la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata se han implementado acciones para vincular a la familias y redes vinculares a las atenciones implementadas desde la modalidad. Por lo anterior se han llevado las a cabo las siguientes acciones: ENCUENTROS BIOLOGICOS: + Garzon: 20-09-2024 + Pitalito: 27-09-2024 + La Plata: .20 se septiembre Por otra parte, se llevo a cabo talleres de fortalecimiento a las familias biologicas en estas mismas fechas a fin de potencializar las capacidades, tratando la tematica consecuencias del uso excesivo de pantallas en niños, niñas y adolescentes, y proporcionar herramientas para un uso saludable y equilibrado
. 14) Reportar por escrito y de forma inmediata al supervisor cualquier novedad o anomalía en la ejecución del contrato.	**SI**	Reporte emitido a la supervisora del contrato Garzon y Pitalito a traves de correo electronico	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de Septiembre del 2024, se presentaron novedad relacionada con el cumplimiento al rol de madres sustitutas en el municpio de Garzon la cual fue reportada de manera inmediata a la supervisora del contrato, tal como se muestra en el correo electronico anexado , en el municpio de La Plata y Pitalito no se presentaron novedades por lo anterior se anexa como evidencia certificado.
15) Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato.	**SI**	Reporte certificación donde el Operador registre el cumplimiento de todas las demás obligaciones relacionadas con la naturaleza del contrato	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del 2024 se dio cumplimiento a todas las orientaciones y dispocisiones relacionadas con la naturaleza del contrato a fin de dar cumplimiento con las acciones y atenciones requeridas.
Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (di)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE TECNICO			

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

1. Atender 118 cupos en la modalidad Hogar Sustituto para la población: Vulneración 95 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito y Discapacidad 23 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por los centros zonales y/o regionales, según aplique.	**SI**	MENSUAL: CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. 1.Planillas de atención mes a mes enviadas al ICBF 2.Correo electrónico de reporte de cupos a autoridad administrativa asignada. 3. Certificado de cupos firmado por el Representante Legal. Mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del 2024, se atendieron un total de 110, niños, niñas y adolescentes; discriminados de la siguiente manera, según centro zonal: 1. Centro zonal Garzón: 36 cupos Vulneración: 29 Cupos Discapacidad: 07 cupos 2. Centro zonal Pitalito: 34 cupos Vulneración: 23 cupos Discapacidad: 11 cupos 3. Centro zonal la Plata: 43 cupos Vulneración: 38 cupos Discapacidad: 05 cupos Por lo anterior, se anexa planillas de reportes de los cupos atendidos y el correo donde se reporto debidamente la información a las supervisoras del contrato, así como certificación emitida por la representante legal.
2) Adelantar las acciones del proceso de atención en el marco de la Propuesta de Implementación y Cualificación aprobada.	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. Concepto de aprobación y copia del PAI vigente. Revisión de manera mensual, Modalidades: Vulneración y Discapacidad. Revise el informe mensual de prestación del servicio y verifique que el operador registre que se desarrollaron las acciones del proceso de atención, de acuerdo con lo definido en la Propuesta de Implementación y Cualificación PIYC aprobada.	Durante el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes actividades las cuales estaban enmarcadas dentro de los cronogramas establecidos para el desarrollo de la propuesta de implementacion PIYC, en los municipio de Garzon, Pitalito y la Plata: 1. Encuentros biologicos y Fortalecimiento a familias biologicas - tematica : Consecuencias uso excesivo de pantallas La plata: 20 de septiembre del 2024 Garzon: 20 de septiembreo del 2024 Pitalito: 27 de septiembre del 2024 2. Fortalecimiento a familias sustitutas: Manejo del duelo desde la afectividad ; + Garzon: 04 de septiembre del 2024 del 2024 + Pitalito: 11 de septiembre del 2024 del 2024. + La Plata: 13 de septiembre del 2024. 3. Fortalecimiento a familias sustitutas: Marco Legal y juridico de los grupos etnicos ; + Garzon: 04 de septiembre del 2024 + Pitalito: 25 de septiembre del 2024. + La Plata: 13 de septiembre del 2024. 4. Jornada recreativa - Celebración amor y amistad la plata: 30 de septiembre del 2024. Garzon: 30 de septiembre del 2024. Pitalito: 30 de septiembre del 2024. 5. Jornada recreativa - RUMBA TERAPIA la plata: 27 de septiembre del 2024. Garzon: 16 de septiembre del 2024. Pitalito: 26 de septiembre del 2024 6. Jornada recreativa - Celebracion de cumpleaños Pitalito: 30 de septiembre del 2024. la plata: 12 de septiembre del 2024
3) Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención que cumpla con los criterios establecidos en los documentos técnicos vigentes del ICBF	**SI**	VERIFICACION EN SITIO y Certificado que de constancia del cumplimiento de esta clausula por parte del representante legal	Durante el presente periodo la fundacion social yo te cuido se garantizo que todos los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad Hogar Sustituto cuenten con sus respectivas historias de atención con documentación y seguimientos actualizados según cronograma establecido para cada mes. Teniendo en cuenta, lo anterior para el periodo comprendido entre el 01 el 30 de Septiembre del año 2024 se aperturaron historias de de atencion, discriminadas de la siguiente manera: Municipio de Garzon: 2 historias de atencion - vulneracion Municipio de la Plata: 8 historias de atencion - vulneracion Municipio de Pitalito: 3 historias de atencion - vulneracion Se anexa regristro fotografico De igual manera para el presente periodo se dieron 5 egresos: Municipio de Garzon: 1 Municipio de la Plata: 2 Municipio de Pitalito: 2
4) Implementar el registro de experiencias según lo establecido en los lineamentos y manual operativo de la modalidad	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR, diligenciado para cada una de las unidades de servicio activas en las sedes , Pitalito y La Plata. Certificado d experiencias firmado por la representante Legal.	El periodo comprendido entre el 01 y el 30 de Septiembre del 2024 se llevo a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio: 1. Municipio de Pitalito: los días 18 -30 de septiembre del 2024, 2. Municipio de la plata: los días 18 -26 de septiembre del 2024, 3. Municipio de Garzon: los días 27-30 de septiembre del 2024, Jornadas en las cuales se verifico las condiciones de las unidades de servicio. Jornadas en las cuales se verifico el registro de experiencias de cada usuario donde se plasman avances, logros, gustos e intereses,salud, educación entre otra información significativa de cada niño, niña y adolescente, como evidencia se adjunta registro fotografico. se anexa Formato F14, Donde se evidencia las situaciones encontradas en las unidades de servicios; Del mismo modo, se remite certificacion emitida por la representante legal en la cual se da el aval de las acciones realizadas.

5). Cumplir con el componente de alimentación y nutrición, acorde con lo establecido en los documentos técnicos, manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto, memorandos, requerimientos y/o directrices que emita el ICBF	**SI**	Informe mensual de prestación del servicio *Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal.	Durante el periodo comprendido del 1 a 30 de septiembre del 2024, se llevo a cabo todas las acciones establecidas en el componente de salud y nutrición acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos; es así que la representante legal certifica el cumplimiento de dichas acciones.
6). Garantizar a los beneficiarios, los elementos de dotación personal, escolar, acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos y los tiempos y cantidades establecidos en el manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto.	SI	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal	Durante el periodo comprendido entre el 01 al 30 se septimbre del 2024, desde la fundación social yo te cuido se ha garantizado la entrega de los elementos correspondientes a dotación personal y escolar acorde a los tiempos establecidos en los lineamiento técnicos del ICBF. es así que la representante legal certifica el cumplimiento de dichas obligacion y actas de entrga a usuarios. * Dotaciones iniciales: Garzón: 2 Pitalito: 3 La plata: 9 *Dotaciones escolares: Garzón:8 Pitalito: 6 La plata: 3 *Dotacion Ludica Pitalito: 1
7) informar y articular con la autoridad administrativa las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características.	**SI**	VERIFICACION DE GESTIONES A TRAVES DE CORREOS ELECTRONICOS *Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal	En el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024 la fundación social yo te cuido realizo articulaciones con las entidades del sistema Nacional de Bienestar Familiar a fin de garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características", como se relaciona a contunuacion: 1. MUNICIPIO DE GARZON: **Salud :** B.R.G solicitud de portabilidad L.A.S : Solicitud de agenda cita odontologia, medico general , ccyd S.N.M: Solicitud de citas primarias C.G: Solicitud de portabilidad N.Z.P: Solicitud vinculación al sistema de salud **Educación:** B.R.G : Solictud de cupo Solicitud secretaria de educación de docentes 2. MUNICIPIO DE LA PLATA: * **Educación :** M.S.G: Solicitud de certificados de estudio A.N.P: Solicitud de cupo **Salud** F.S.B Solicitud cita con especialistas M.S.G: Solictud de citas de primer nivel solicitud costos de citas ante la ese san sebastian S.T.M: Solictud de atenciones primarias L.F.P: Solicitud cita por pediatria y ecografia de vias urinarias N.G.M: Solicitud cita por psiquiatria T.M.C : Solictud super intendencia de salud , entrega de alimento TICHV: Supersalud MFRO: Consulta especialista Cardiologia pediatrica MUNICIPIO DE PITALITO No se realizaron gestiones ante las diferentes instituciones de salud o educación.
8) Realizar acciones mensuales donde se evidencien las gestiones para la vinculación de los beneficiarios en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y cumplir con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas trimestrales.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	La FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO en el periodo del presente informe se cuenta con 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, sin presentarsen barreras para la vinculación ; por lo anterior, se anexa certificación firmada por la representante legal. Asi mismo se adjunta base de datos de Piatalito , La Plata Y Garzon que permite evidenciar que los NNAJ se encuentran en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida.
9) Realizar acciones para que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participe en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y adecuando el cronograma de visitas de acuerdo con los tiempos disponibles de las familias.	**SI**	VERIFICACION EN SITIO * Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	Durante el periodo comprendido entre el 1 al 30 de Septiembre del 2024, la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO llevo a cabo acciones para permitir que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participen en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y ajustando los tiempo acuerdo con la disponibilidad de las familias; entre las cuales se evidencian: ENCUENTROS BIOLOGICOS: + Garzon: 20-09-2024 + Pitalito: 27-09-2024 + La Plata: .20-09-2024 2. Fortalecimiento a familias biologicas - tematica : Consecuencias uso excesivo de pantallas La plata: 20 de septiembre del 2024 Garzon: 20 de septiembreo del 2024 Pitalito: 27 de septiembre del 2024
10) Contar con mecanismos de control dentro de los hogares sustitutos para asegurar que los medicamentos estén fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes y se suministren de acuerdo con lo indicado en la fórmula médica expedida por la EAPB, Lo anterior, debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto. Además, que no tengan acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego y demás materiales con lo que se pueda atentar contra con su integridad personal o la de los demás. Lo anterior. debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto	**SI**	VERIFICACION EN SITIO Certificado de cumplimiento por el representante legal.	Para el presente periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del 2024 la fundación social yo te cuido realizo mesa de trabajo en temas relacionados con la guia de orientaciones, almacenamiento y acceso a objetos cortopunzantes, de igual manera la gestora de caso del municipio de Gazon realizo fortalecimineot en prevencion de riesgos , se adjunta acta y certificacion
11) Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos, y las evidencias deben reposar en el anexo de la historia de atención de cada uno según corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a la modalidad	**SI**	VERIFICACION EN SITIO *Evidencia de socialización de la Guía de Orientaciones al talento humano (actas, listado de asistencia, registro fotográfico). *Pantallazo del envío del reporte de eventos si se han presentado en el mes. *Pantallazo de lo registrado en el espacio de acciones realizadas y registradas dentro de la matriz del reporte de eventos. * Certificado de cumplimiento por el representante legal.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del 2024, Se reporto al daño antijuridico presunta situacion presentada en el municipio de la Plata. En el municipio de la Pitalito y garzon no se presentan situaciones de riesgo al interior de las unidades de servicio. por lo anterior, se remire certificación emitida por la representante legal donde consta dicha situación y correo de reporte al daño antijuridico
12). Presentar soporte de entrega del plan de acción vigente en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico a la Dirección Regional, así como las acciones y estrategias adelantadas para tal fin.	**SI**	Al inicio del contrato Documento plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico*Plan de Prevención y soporte de envió *Verificado de cumplimiento por el representante lega. Elaborar el plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico y entregarlo al supervisor del contrato durante el primer mes de ejecución del presente contrato.	Para el primer periodo de ejecucion la fundación social yo te cuido cuenta Matriz Plan de Acción Prevención del Daño Antijurídico la cual fue revisada y aprobada por la lider encargada de dicho tramite en el ICBF. Como evidencia de cumplimiento a la clausula se adjunta soporte de envió y aprobación del mismo por parte de la supervisora del contrato y correo de solicitud de asistencia técnica.

13) Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la modalidad de acuerdo con lo establecido en el Política de Prevención del Daño Antijurídico.	**SI**	Reporte de eventos *Certificado de cumplimiento por el representante legal	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024, el municipio de la Plata realizo reporte al daño antijurudico dando cumplimiento a los tiempos, segun la guia de orientaciones . Se anexa correo de reporte al enlace de daño antijuridico de la regional. Asi mismo se anexa certificado donde se reporta que no se presentaron situaciones que generaran reporte al daño antijuridico en el municipio de Garzon y pitalito.
14) Presentar al supervisor de contrato una propuesta de la entidad para llevar a cabo de manera permanente, la difusión y apertura de nuevos Hogares Sustitutos. La propuesta debe contar con indicadores, responsables y un cronograma mensual de actividades para este fin de parte del operador; así mismo, la entidad deberá apoyar a la Dirección Nacional y Regional del ICBF, así como a los coordinadores de los centros zonales de la regional donde ejerce su jurisdicción, en el proceso de convocatoria, difusión de la modalidad y conformación de nuevos hogares sustitutos según lo establecido en el manual operativo de la modalidad, para contar con el número de familias sustitutas requeridas, según los cupos contratados, teniendo en cuenta las tablas de ubicación máxima por unidad de servicio del manual operativo de la modalidad, garantizando así la adecuada atención de los niños, niñas y adolescentes.	**SI**	*Informe mensual de prestación del servicio. *Evidencia del proceso de convocatoria y difusión de la modalidad realizado durante el mes. * Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	La fundación social yo te cuido en el mes de septiembre del año 2024 llevo a cabo acciones de convocatoria y difusión de la modalidad hogar sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata; por lo anterior, se a la adjunta las evidencia del proceso de convocatoria: LA PLATA: El dia 26 de septiembre del 2024, jornada de divulgacion de la modalidad GARZON: El dia 10 de septiembre del 2024, jornada de divulgacion de la modalidad.. PITALITO: El dia 19 de septiembreo del año 2024,jornada de divulgacion de la modalidad.
15) Elaborar y mantener actualizadas todas las bases de datos de los hogares sustitutos de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad.	**SI**	Base de datos actualizada con corte al mes pertinente. *Certificado de cumplimiento por parte del representante legal.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024, desde la fundación social yo te cuido se realizó la actualización de la base de datos de los Hogares Sustitutos ubicados en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata; es asi que a la fecha del presente informe encontramos las siguientes unidades de servicio en cada municipio: * Garzon: 13 + Pitalito: 10 * La plata:11
16) Cumplir con el proceso de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas, presentando para ello al supervisor del contrato un cronograma semestral con fechas, responsable e indicadores, en donde se incluyan todas las temáticas establecidas en el manual operativo de la modalidad.	**SI**	Al inicio de contrato y cada seis meses durante la ejecución Documentos que den cumplimiento a la obligación Verifique que el operador cuente con soporte de entrega del cronograma semestral de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas	La fundación social yo te cuido realizo actividades de fortalecimiento familiar con las madres sustitutas en el mes de septiembre del año 2024, por lo anterior, se desarrollo jornadas de Fortalecimiento tecnico a familias sustitutas: Encuentro formativo frente el marco legal y jurídico de los grupos étnicos en Colombia. + Garzon: 04 de septiembre del 2024. * Pitalito: 25 de septiembre del 2024. + La Plata: 13 de septiembre del 2024
17)) Participar en los espacios de fortalecimiento técnico de la modalidad Hogar Sustituto a los cuales sea convocado por las Autoridades Administrativas, el Centro Zonal, la Regional o la Sede Nacional del ICBF.	**SI**	Certificación emitida por el representante legal	Durante el mes de septiembre de 2024 la Fundación social yo te cuido participo activamente en convocatorias realizadas por el ICBF: *04-09-2024 asistencia tecnica virtual , Socialización Lineamiento para la atención a niñas, niños y adolescentes con derechos vulnerados o amenazados *2-09-19-de septiembre -2024 asistencia tecnica presencia en pitalito, garzon y la plata , resultado de la supervisión *30-09-2024 asistencia teccnica virtual , creacion UDS hogares sustitutos
18) Presentar al supervisor de contrato al inicio del contrato y de manera trimestral, un cronograma de lo que se denomina en el manual operativo de la modalidad: "semana de proyecto familiar" de cada uno de los Hogares Sustitutos que administra, con nombres de la madre o padre sustituto, fecha en que se tomará la semana de proyecto familiar, observación de si la semana se toma con los beneficiarios ubicados o no, todo esto con el fin de organizar este espacio de las familias sustitutas	**SI**	Documentos que den cumplimiento a la obligación-Verifique que el operador cuente con soporte de entrega del cronograma de semana de proyecto familiar. Se anexa certificado.	La fundación social yo te cuido cuenta con un cronograma para el desarrollo trimestral de actividades encaminadas a la semana del proyecto familiar, en cada uno de los hogares sustitutos
19) Elaborar e implementar un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad y Manual Operativo de la modalidad Hogar sustituto.	**SI**	Documentos que den cumplimiento a la obligación	Durante el mes de septiembre la fundación social yo te cuido lleva a cabo todas las acciones enmarcadas en los cronogramas, es así que se evidencian cronogramas de actividades desarrolladas por el equipo de talento humano por cada municipion de atencion, en el cual se evidencia el desarrollo de las siguientes actividades: * Atencion a usuarios de la modalidad * jornadas de fortalecimiento familiar a familias sustitutas y familias biologicas * jornadas de divulgacion de la modalidad * visita a unidades de servicio * talleres con usuarios y actividades de fortalecimiento del proyecto de vida. Asi mismo se adjunta certificado de cumplimiento firmado por la representante legal del la fundacion social Yo te cuido
Cumplimiento de Obligaciones Administrativas del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE ADMINISTRATIVO			

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

1) Disponer del talento humano en perfil y tiempo de dedicación exigido para el desarrollo del servicio, acorde con los documentos técnicos del ICBF y mantener actualizadas las carpetas del talento humano vinculado para la ejecución del contrato, las cuales deben incluir: hoja de vida, soportes de estudio, tarjeta profesional (cuando aplique), certificaciones de experiencia, código ético firmado, contrato debidamente firmado, certificados de antecedentes (Contraloría, Procuraduría, Policía), registro nacional de medidas correctivas (inicial y con actualización trimestral), consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes (inicial y con actualización cada 4 meses), antecedentes profesionales (cuando aplique), soportes de pago de seguridad social y documentos de compromiso de confidencialidad y de protección de datos firmados. Lo anterior, puede ser físico o magnético. La contratación del talento humano que se requiera no podrá ser tercerizado.	**SI**	Certificado de Cumplimiento. Listado del Talento Humano-Informe mensual de la prestación del servicio. (mensual)-verificación en sitio,	Para el periodo comprendido entre el 01 al 31 de septiembre del 2024 la fundación social yo te cuido dispuso del Talento Humano requerido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, por lo anterior, se anexa directorio de talento humano; Como se describe a continuaion: 1. COORDINADORES + Fabian Andres Lamilla Galvis + Paola Andre Marin Gonzalez 2. NUTRICIONISTA + Hamara Paez Delgado 3. PROFESIONALES DE AREA + Ana Maria Losano Plaza + Maria Alejandra Losada Romero-Fisioterapeuta 4. EQUIPO GARZON + Karen Yesina Alvarez Caicedo - Trabajadora social + Laura Alejandra Fernandez -psicologa + Jessica Lorena Garzon - Gestora de caso + Alexandra - Auxiliar Administrativa 5. EQUIPO LA PLATA + Nory Shirley Gonzalez - Psicologa + Ledy Constanza Rojas Moreno - Trabajadora social + Laura Xiemna Losada - Gestora de caso + Luisa Mercedes Vinasco- Auxiliar administrativa 6. EQUIPO PITALITO
2) Presentar mensualmente certificado emitido por el representante legal y contador en el que haga constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos, con la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas, la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes y con el tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la modalidad.	**SI**	Informe Técnico mensual-Certificado de Cumplimiento de esta obligación. Revise que se adjunte al informe, la certificación firmada por el representante legal y el contador en la que certifiquen que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil, los requisitos y con el tiempo de dedicación exigidos en los lineamientos.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024 la fundación social yo te cuido soporta que dispone del Talento Humano requerido para el desarrollo de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto y cuenta con los requisitos exigidos contractualmente; por lo anterior, se anexa el certificado firmado por la representante legal.
3)) Cumplir y mantener durante toda la ejecución del contrato, adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes.	**SI**	Informe Técnico Mensual, Certificado de Cumplimiento de esta obligación -registro fotográfico-Licencia de Funcionamiento	Para el periodo del mes de septiembre la fundación social yo te cuido dio cumplimiento con las condiciones locativas y de infraestructura que estipula el Lineamiento Técnico de Modalidades para la Atención de Niños, Niñas, Adolescente y Jóvenes con sus Derechos Amenazados y/o Vulnerados". en las sedes administrativas ubicada en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata. Teniendo en cuenta lo anterior se anexa certificación firmada por la representante legal y registro fotografico.
4) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa competente y al supervisor del contrato, de acuerdo con los procesos, procedimientos y orientaciones establecidos por las Direcciones de Planeación, Protección y la Oficina Asesora de Comunicaciones para el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el servicio. Aplica para universidades, ONG, periodistas, estudiantes, docentes, cooperantes, contratistas del ICBF, funcionarios del ICBF y cualquier otra persona.	**SI**	La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencias: Registro de autorizaciones en caso de el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del 2024, se resalta que no se realizaron investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad. - se anexa certificado
5) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa y al supervisor del contrato, para atender a los beneficiarios en otra sede.	**SI**	MENSUAL: CENTRO ZONALES: La Plata, Garzón y Pitalito. 1.Planillas de atención mes a mes enviadas al ICBF 2.Correo electrónico de reporte de cupos a autoridad administrativa asignada.	La fundación social yo te cuido durante el periodo del 01 y el 30 de septiembre del 2024 no se realizaron atenciones de usuarios en otras sedes del operador, estas se llavan a cabo en las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.- se anexa certificado
6) Contar con los medios tecnológicos y de comunicaciones necesarios para registrar y transmitir la información al ICBF.	**SI**	"CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencia: Evidencia de los medios tecnológicos para transmitir la información ICBF. Modalidades: Vulneración y Discapacidad."	La fundación social yo te cuido durante el periodo del 01 y el 30 de septiembre del 2024, dispone de los medios tecnoclogicos requerida para el desarrollo de las Modalidades Discapacidad y Vulneración, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata y de esta manera registrar y trasmitir la información al ICBF, tales como son: 1. Correo electronico para cada profesional desde el dominio de la pagiina web de la fundacion. 2. Grupos informativos de whatsAap donde se comparte informacion de interes para el talento humano y madres sustitutas. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal.
7) Realizar las confirmaciones de los ingresos y egresos de cada usuario (a), de acuerdo con las órdenes de los Defensores de Familia y Comisarios de Familia, en el Sistema de Información Misional del ICBF siempre y cuando el sistema se encuentre disponible y operando correctamente	**SI**	"CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. Evidencias: Relación de radicados (físicos y/o electrónicos) Modalidades: Vulneración y Discapacidad. "	Se realizan los movimientos del aplicativo SIM de acuerdo a las respectivas solicitudes realizadas por las autoridades administrativas, coordinadoras de los centros zonales y/o Lider SIM Egresos 4 en el municipio de la Plata (EXCM – JJMR – KJFP – FJVM) -- Ningún Ingreso Egresos 0 en el municipio de Pitalito – 1 Ingreso (DLRB) Egresos 0 en el municipio de Garzón – Ningún Ingreso - Se anexa certificado
8) Cumplir con las acciones establecidas en la Guía técnica para la metrología aplicable a los programas de los procesos misionales del ICBF vigente	**SI**	Verificación en sitio. 2 veces al año. Certificación por representante legal mensual	La fundación social yo te cuido cumple a cabalidad con la totalidad de las acciones establecidas en la Guía Técnica para la metrología aplicable a modalidad; por lo anterior se anexa, certificado de la representante legal en la cual se establece que durante el mes de septiembre la fundación cuenta con los equipos metrológicos en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzo, Pitalito y la Plata. De igual manera se anexa certificado de calibracion reciente de los equipos asignados para cada centro zonal
9) Realizar las gestiones de adquisición de elemento de dotación para la modalidad de atención según sea el caso, de acuerdo con los recursos destinados en el contrato para tal fin, cuando aplique	**SI**	Certificado de la información que de cumplimiento a la obligación . Se adjunta nota de contabilidad de la dotacion basica entregada y auxiliar por centro de costos de la dotacion basica.	Durante el presente el mes de septiembre la fundacion Social Yo te cuido hizo entrega de los elementos de dotación basica para la modalidad, de acuerdo con los recursos destinados en el contrato para tal fin. Se anexa certificado y actas de entreda como evidencia.
10) Contar con un banco de hojas de vida y proceso de selección que le permita cubrir antes de 10 días hábiles alguna vacante del personal que opera el servicio cuando se presenta renuncia unilateral por parte del empleado	**si**	Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera	la fundación social yo te cuido cuenta con un banco de hojas de vidas las cuales cumplen con todos los requisitos para suplir alguna vacante que se llegue a presentar durante la prestación del servicio; estas son recepcionadas desde el correo fundacionsocialyotecuido@gmail.com y debidamente revisadas y aporbadas por el equipo de coordinadores de la fundacion. Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal donde hace constar dicha información

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

11) Contar con un programa que propenda por la estabilidad del talento humano, con el fin de disminuir la rotación de personal en los servicios, lo que impacta negativamente la adherencia pedagógica de los usuarios	**si**	Pantallazo de la información que de cumplimiento a la obligación cuando se requiera	La fundación social yo te cuido cuenta con estrategias que permitan generar estabilidad al talento humano vinculada a la modalidad, a fin de que no presente acciones de rotación de personal, que afecten la prestación del servicio. Entre ellas encontramos: 1. convenio con la UNIVERSIDAD UNICLARETIANA a fin de potencializar y facilitar procesos academicos de los profesionales- 2. Jornadas de cualificacion al talento humano y fortalecimiento de saberes. 4. espacios de escucha .
Cumplimiento de Obligaciones dotación recibida o adquirida por el contratista del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA POR EL CONTRATISTA			
1)) Suscribir acta de recibo y de entrega de los bienes muebles entregados por el ICBF al inicio y al final de la vigencia del presente contrato y adquiridos durante la ejecución del mismo con la respectiva relación de inventarios, bienes que quedaran bajo su custodia, serán su responsabilidad y deberán ser devueltos una vez se dé por terminado el contrato. Así mismo, se deberán actualizar y reportar a la supervisión de contrato, con una periodicidad cuatrimestral las novedades presentadas en el inventario, siendo el supervisor responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Certificado de la fundación Acta de Recibo de bienes muebles e inventario	La fundacion social yo te cuido cuenta con inventacrios de la todacion basica recibida al inicio del contrato, la cual se ha ido actualizando según el avance en las necesidades. Por lo anteior, se anexa inventarios de las dotaciones con las que se cuenta en cada unidad de servicio , cada una de las sedes y acta dotación basica General.
2) Informar de manera inmediata al supervisor, una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con el traslado de las correspondientes facturas y demás soportes que apliquen	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: certificado de la fundación , Oficio radicado en centro zonal 1) copia de la factura de compra 2) evidencia fotográfica del elemento instalado 3) Copia de la factura de venta	Para el periodo comprendido entre 01 al 30 de septiembre del 2024, el operador Fundacion Social Yo te cuido realizó entrega de bienes o muebles adquiridos con recursos entregados por el ICBF , por lo tanto se anexa acta de verificación de bienes, formato de distribución, formato certificación supervisor del contrato.
3) Si una vez se reciba la dotación por parte del contratista responsable de los bienes, en la verificación inicial encuentra inconsistencias, al confrontar la relación o acta de bienes que tiene a cargo contra el inventario físico realizado respecto de los bienes que le han sido suministrados para su servicio, comunicará por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recibo al servidor público encargado del control de inventarios -responsable de almacén- sobre las diferencias detectadas -faltantes y sobrantes- para que efectúe las verificaciones y correcciones si a ello hubiere lugar	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Relación o Inventario de muebles y enseres entregado por el ICBF	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
4)Utilizar los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato conforme al uso legítimo autorizado.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Informe mensual de prestación del servicio.	Para el periodo comprendido entre 01 al 30 septiembre del 2024, el operador Fundacion Social Yo te cuido , ha dado uso legitimo a los bienes muebles entregados por el ICBF.
5) Responder por cualquier deterioro de los bienes muebles devolutivos, que no provenga del desgaste natural o que provenga del uso no autorizado por el ICBF.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Actas de inventarios, soportes contables y evidencias fotográficas	Para el periodo comprendido entre 01 al 30 se septiembre del 2024, el operador Fundacion Social Yo te cuido , no ha recibido reporte de deterioro de bienes muebles devolutivos , aclarando que se hace responsable en el momento que se presenten, para lo que se anexa certificación.
6) Emplear la mayor diligencia en la conservación de los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Inventario delos elementos de dotación, Soportes de gastos y conceptos técnicos de mantenimientos evidencia fotográfica	Para el periodo comprendido entre 01 al 30 de septiembre del 2024, el operador Fundacion Social Yo te cuido , ha tomado las medidas necesarias para garantizar la conservación de los bienes recibidos, adquiridos por el anterior operador del ICBF, Se anexa inventario de elementos de dotación basica por sedes y unidades de servicio del municipio de la Plata , Garzon y Pitalito.
7)Efectuar las reparaciones y mantenimientos indispensables para la conservación de bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Certificado representante legal Informe mensual de prestación del servicio, Acta de inventario de muebles y enseres. Mantenimientos e Informe o reporte de anomalía	Para el periodo comprendido entre 01 al 30 de septiembre del 2024, el operador Fundacion Social Yo te cuido ,No ha efectado reparaciones y mantenimientos indispensables para la conservación de bienes muebles entregados por el ICBF , aclarando que una vez se tenga conocimiento de esta necesidad , el operador dara cumplimiento de manera inmediata.
8) Vigilar y custodiar los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perturbados por terceros. En caso de ocurrir cualquier perturbación a la tenencia, dar aviso al ICBF en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: informe mensual de prestación del servicio, Soporte o nota contable	Para el periodo comprendido entre 01 al 30 de septiembre del 2024, el operador Fundacion Social Yo te cuido , ha vigilado y custodiado los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perturbados por terceros.por lo que se anexa certificación.
9) Llevar la contabilidad de los bienes muebles por centro de costos, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico - y documentos administrativos vigentes que rijan para el programa, en los casos que aplique.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Libro auxiliar que evidencie el registro en el centro de costos	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
10) Informar al supervisor del contrato la existencia de siniestros dentro de los cinco (5) días hábiles a su ocurrencia.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Certificado representante legal y/o Comunicación escrita	Para el periodo comprendido entre 01 al 30 de septiembre del 2024, el operador Fundacion Social Yo te cuido , reporta a traves de certificación que no hubo la existencia de siniestros de los bienes muebles entregados por el anterior el operador
11) Elaborar en coordinación con el delegado del ICBF el inventario de los elementos de dotación que sean adquiridos y entregados con recursos del ICBF, y entregarlo al supervisor del contrato para el respectivo procedimiento de ingreso y egreso de bienes que establezca el ICBF	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Radicado documentos para almacén *Actas de entrega *Registro Fotográfico	Para el periodo comprendido entre 01 al 30 de septiembre del 2024, el operador Fundacion Social Yo te cuido realizó entrega de elementos de dotación que fue adquiridos y entregados por recursos del ICBF , por lo tanto se anexa inventario de dotación basica ya existente en las sedes Pitalito , Garzon , la Plata , en cada una de las unidades de servicio, Inventario bienes muebles de las sedes.
12) Restituir mediante acta a la persona natural o jurídica que determine el ICBF a la terminación del contrato, los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF, según inventario inicial, salvo que al terminar el contrato los bienes hayan cumplido su vida útil y no puedan ser utilizados para el servicio. En este caso, se procederá conforme con lo establecido en el anexo técnico respectivo dado por el ICBF.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega-Inventarios de bienes muebles y enseres detallando el estado de los mismos	Para este periodo el operador Fundacion Social Yo te cuido emite certificado constantando que se encuentra en ejecucion del contracto actual 41002102024.
13) Relacionar en acta, tanto al inicio como al final del contrato, los elementos propiedad del CONTRATISTA y puestos a disposición de las unidades de servicios, incluidos en el plan de trabajo.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de inicio y final de la relación de los elementos de propiedad del Contratista y puestos a disposición de la modalidad-	Se anexa Acta donde se relaciona los elementos de propiedad de la fundacion social yo te cuido la cual ha sido dispuesta para la prestacion del servcio.
14) Garantizar en caso de traslado o cierre de las unidades de servicio, que los elementos de dotación propiedad del ICBF sean transferidos a la nueva unidad, mediante acta de entrega, en presencia del supervisor del contrato, representante legal del contratista y del almacenista de la Regional cuando aplique.	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega de inventario de elementos devolutivos o restitución a la terminación del contrato	Para este periodo el operador Fundacion Social Yo te cuido , certifica que no ha presentado casos de traslado o cierre de las unidades de servicio, en los municipios de Garzon , Pitalito y la Plata.

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

15) Entregar al supervisor del contrato, la relación de actas de entrega a cada unidad de servicio, en la que se especifiquen los elementos entregados, la referencia, marca, serial, modelo-en los casos que aplique-, la cantidad y el estado en que se reciben. PARÁGRAFO PRIMERO. La EAS serán responsables en los siguientes eventos: a). Cuando el hecho hubiere sobrevenido por culpa suya, inclusive levísima; b. Cuando por peligro del bien prestado o propio, haya preferido salvar el suyo; y c. cuando expresamente haya aceptado la responsabilidad del caso fortuito. PARÁGRAFO SEGUNDO. La falta de reporte de los bienes muebles devolutivos adquiridos como dotación en el marco del contrato de aporte, o su no devolución a la finalización del contrato, harán incurrir al Contratista en responsabilidad contractual, disciplinaria, fiscal y penal. 5) Baja de bienes muebles, se da cuando los elementos se encuentren totalmente inservibles o cuando existan bienes que contengan elementos o compuestos peligrosos, que si bien no generan problema durante su uso, pero se convierten en un peligro cuando se liberan al medio ambiente y que además presentan alto grado de deterioro, o que ya no son útiles para la entidad por estar en estado de inservibles, el supervisor de contrato deberá solicitar el inventario - responsable de almacén y en articulación con el CONTRATISTA clasificará el listado de bienes según su estado en deterioro, obsolescencia, inservibles o reubicación, (sólo aplica para los bienes devolutivos) y mediante correo electrónico lo remitirá al responsable de almacén para que realice las gestiones correspondientes. Para los bienes clasificados como de CONSUMO se levantará un acta firmada por e	**N/A**	CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: Acta de entrega de inventario de elementos devolutivos restitución a la terminación del contrato-	Para el periodo comprendido del 01 al 30 de septiembre del 2024, el operador Fundación social yo te cuido, no ha realizado entrega a las unidades de servicio de bienes muebles adquiridos en el marco del contraro, por lo que se anexa acta donde relaciona dotación basica existente en las sedes y unidades de servicio de los municpios de la Plata , Garzon y pitalito.
Cumplimiento de Obligaciones Legales del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**fueron adquiridos en la ejecución de vigencias contractuales anteriores.**
COMPONENTE LEGAL			
1) Mantener la licencia de funcionamiento vigente para el servicio objeto del presente contrato durante el plazo de ejecución.	**SI**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón.Copiadela licenciade funcionamiento, Anexos en PDF.Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	El ICBF - Regional Huila realizo la verificación y aprobación en los requisitos de cumplimiento para el proceso de renovación de las licencias de funcionamiento a la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, es así que desde la fundación contamos con resolución de licencia de funcionamiento: Modalidad Vulneración Resolución 221 del 29/04/2024 Modalidad Discapacidad Resolución 222 del 29/04/2024
2) Suscribir el acta de inicio del contrato.	**SI**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Acta de Suscripción de Contratos. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	la fundación social yo te cuido cuenta con el acta de inicio del contrato la cual reposa en la carpeta del contrato debidamente suscrita el día 01 de abril del año 2024.
3) Suscribir todas las actas que se produzcan con ocasión de la ejecución del contrato.	**SI**	Evidencias: Acta de inicio. Anexar en PDF todas las actas de las reuniones sostenidas durante el mes (sin importar su naturaleza) - Formato certificación CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón.	*Durante el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes actividades las cuales estaban enmarcadas dentro de los coronogramas establecidos para el desarrollo de la prouesta de implementacion PIYC, en los municipio de Garzon, Pitalito y la Plata: 1. Encuentros biologicos y Fortalecimiento a familias biologicas - tematica : Consecuencias uso excesivo de pantallas La plata: 20 de septiembre del 2024 Garzon: 20 de septiembreo del 2024 Pitalito: 27 de septiembre del 2024 2. Fortalecimiento a familias sustitutas: Manejo del duelo desde la afectividad ; + Garzon: 04 de septiembre del 2024 del 2024 + Pitalito: 11 de septiembre del 2024 del 2024. + La Plata: 13 de septiembre del 2024. 3. Fortalecimiento a familias sustitutas: Marco Legal y juridico de los grupos etnicos ; + Garzon: 04 de septiembre del 2024 + Pitalito: 25 de septiembre del 2024 del 2024. + La Plata: 13 de septiembre del 2024. 4. Jornada recreativa - Celebración amor y amistad la plata: 30 de septiembre del 2024. Garzon: 30 de septiembre del 2024. Pitalito: 30 de septiembre del 2024. 5. Jornada recreativa - RUMBA TERAPIA la plata: 27 de septiembre del 2024. Garzon: 16 de septiembre del 2024. Pitalito: 26 de septiembre del 2024 6. Jornada recreativa - Celebracion de cumpleaños Pitalito: 30 de septiembre del 2024. la plata: 12 de septiembre del 2024 7.Talento Humano - Jornada de induccion Pitalito - mesa de trabajo
4) Cumplir con las obligaciones laborales que como empleador se puedan generar con relación al contrato suscrito: presentar mensualmente las certificaciones expedidas por el representante legal de la entidad o revisor fiscal, según corresponda, donde conste que la misma se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral, como: i) aportes parafiscales; ir) aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral; iii) el pago de sueldos u honorarios en los tiempos establecidos para tal fin, según la vinculación laboral (no se admiten mora en los pagos); iv) el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores; v) el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros.	**SI**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Planilla de Pago de Seguridad Social del mes de enero. *Certificado del revisor fiscal y representante legal. Modalidades: Vulneración y Discapacidad.	La fundación social yo te cuido anexa certificación de cumplimiento de pagos de las obligaciones laborales de pensión, salud y demás conceptos legales, firmado por la revisora fiscal con fecha de expedición del 01 de septiembre de 2024.
5 Entregar de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios para atender requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador.	**si**	CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. SOPORTE DOCUMENTAL: *Certificado representante legal	Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024, se realizo envió de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios; es de resaltar, que no se recibieron requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador.
Cumplimiento de Obligaciones Financieras del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
COMPONENTE FINANCIERO			
1) Presentar dentro del primer mes de ejecución del contrato el presupuesto de ingresos y gastos de acuerdo con los clasificadores de costo establecidos para la modalidad, para la revisión y aprobación por parte del Supervisor	SI	Presupuestos en formato ICBF. F7.G19.P. versión vigente, debidamente radicados con anexos y firmados por Representante Legal y Contador. Modalidades Vulneración y Discapacidad (primer informe de seguimiento)	Se anexa el presupuesto debidamente aprobado por el equipo técnico y el equipo de supervisión.
		CENTRO ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. Oficio radicado que se presenta la siguiente los siguientes documentos: los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de	

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

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

1. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio: Relación de datos de puntos de entrega y de cambio de puntos cuando haya lugar. Al inicio del contrato y mensual	APLICA PARA EL MUNICIPIO DE GARZON, LA FUNDACION REALIZA EL ADECUADO ALMACENAMIENTO HACIENDO EL USO ADECUADO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POS ICBF PARA LA RESPECTIVA ENTREGA A LOS USAURIOS.
2. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato, y suministro de la alimentación a las niñas, niños y adolescentes beneficiarios para la Modalidad de atención, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso, se podrá donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF.	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio Mensual	INFORME MENSUAL DE BIENESTARINA
3. Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservación	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio Informe mensual de visitas de la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimento de Alto valor Nutricional Anexo No. 57. Instrumento de seguimiento al cumplimiento de condiciones para la recepción, almacenamiento y control de Alimentos de Alto Valor Nutricional en punto de entrega.	Para el mes de septiembre en el municipio de **Garzon** , el ICBF envia al operador fundacion social yo te cuido a la direccion calle 7 N . 2 e- 03 Barrio Santa Clara, 25 unidades del alimento de alto valor nutricional lote 2066390, FV.19-12-2024. En el municpio de la Plata y Pitalito no se realizo entrega del alimento de alto valor nutricional. Como evidencia se adjunta planilla del municpio de garzon , certificado de no entrega de la Plata y Pitalito.
4. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes	**SI**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
5. Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro	**SI**	Acta y/o planilla de entrega. Mensual	Para este periodo se realizo entrega del alimentos de alto valor nutricional bienestarina en los municipios de Garzón.
6. Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega.	**SI**	Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional	GARZON se cuenta con planilla de contro de inventarios alto valor nutricional donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución.
7.Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN	**N/A**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
8.Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional.	**SI**	Comunicación de solicitud de asesoría y respuesta de la regional - mensual.	Para el periodo comprendido del 01 al 30 de septiembre de 2024, No se recibio sesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional.
9. Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF.	**SI**	Se adjunta certificación , no ostente en cuanto el operador sea invitado a actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional , atendera y asistira dando cumplimiento a la clausula.	Para el periodo comprendido del 01 al 30 de septiembre de 2024, No se recibieron capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana convocadas por parte del ICBF.
10. Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF.	**N/A**	Requerimientos realizados y respuesta por parte del contratista	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
11. Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional.	**N/A**	Relación de cantidades de alimentos y recibo de consignación	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
12. Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría.	**N/A**	Acta de visita	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS
13. Al finalizar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.	**N/A**	Informe mensual sobre la prestación del servicio	PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de Septiembre del 2024, No se realizaron cambios de talento Humano en las sedes de LA PLATA y GARZON, por lo tanto no se realizó socialización de la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE).

Esta certificación se emite a solicitud de ICBF en cumplimiento del EJE DE CALIDAD

Dado en 30 de septiembre de 2024

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

Miryamalmario67@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

30 / 09 / 2024

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Miryam Almario Calderón

CENTRO ZONAL

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

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

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

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

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

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

- (•) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- ○ SI
- ◉ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- ◉ EXCELENTE
- ○ BUENO
- ○ REGULAR

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

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

◉ Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- (●) La Plata
- ( ) Garzón
- ( ) Pitalito

Fecha

DD MM AAAA

17 / 09 / 2024

Nombre y apellido

Daniela villamil

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *01*		
Hora: 8:00		**Fecha: 16 DE SEPTIEMBRE**
Lugar:	*SEDE PITALITO*	
Dependencia que Convoca:	*EQUPO INTERDISIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*	
Proceso:	*MISIONAL- PROTECCION - RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS*	
Objetivo:	*SOCIALIZAR EL EQUIPO DE TRABAJO INDUCCION AL PUESTO DE TRABAJO*	

Agenda:

1. SALUDO
2. DESARROLLO
3. OBSERVACIONES

Saludo:

siendo las 8:00 am del día 16 del mes de septiembre del año 2024, se agradece la asistencia de todos y se destaca la importancia de conocer la información, compartirla y divulgarla a cada uno de los colaboradores.

Desarrollo:

el día 16 de septiembre del 2024, en presencia de los profesionales ERWIN LOSADA SILVA y NICOLAS CASTAÑO se tratan temas relacionados a:

- Actividades para realizar
- Lineamientos
- manuales operativos
- guías del ICBF

Frente al proceso de atención de la modalidad de acogimientos hogar sustituto:

- Manual de funciones
- cronogramas de actividades
- código ético
- direccionamiento estratégico de la fundación social yo te cuido
- trabajo en equipo
- buen trato.

se realizan inspecciones de seguridad, recomendaciones al respecto e inducción al puesto de trabajo, dando continuidad con el desarrollo y objetivo de la reunión se da lugar a socializar la misión, visión, objetivos estratégicos y política ambiental del ICBF.

Se reitera el compromiso de mantener la confidencialidad de la documentación referente al proceso.

Observaciones:

Se acuerda evaluar al personal periódicamente para realizar acciones de mejoras según sea evidenciado.

Scanned with CamScanner

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

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ	COORDINADOR(A)	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE	SIGE	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
ERVIN LOSADA SILVA	PSICOLOGO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
NICOLAS FERNANDO CASTAÑO FAJARDO	TRABAJADOR SOCIAL	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE		

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Paola Andrea Marin Gonzalez
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Andrea Marin Gonzalez
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☑

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Erwin Losada Silva
CARGO	Psicologo
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Andrea Marin Gonzalez
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☑

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☑ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: 1 Hora Fecha de Inicio 16/09/2024 Fecha de Terminación 16/09/2024

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		✓	
3	manual de funciones		✓	
4	cronogramas de actividades		✓	
5	codigo etico		✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		✓	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☑	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 03		
Hora: 10:33 A.M	**Fecha:** 03 de septiembre 2024	
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede Pitalito	
Dependencia que Convoca:	Coordinación modalidad Hogar sustituto	
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos	
Objetivo:	Llevar a cabo jornada de inducción y capacitación al talento humano vinculado a la modalidad Hogar sustituto en el municipio de Pitalito que ingresaron a hacer parte del equipo, a fin de orientar frente a las acciones a desarrollar durante la ejecución del contrato.	

Agenda:

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

Desarrollo:

1. Saludo

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

2. Desarrollo

Siendo las 10:33 am, del día 03 de septiembre del 2024 Se da inicio a la jornada, agradeciendo a la profesional en trabajo social por la participación y dando la bienvenida esta bonita modalidad, orientando al talento Humano frente a las propuestas de implementación y cualificación de vulneración y discapacidad aprobadas para la fundación social yo te cuido, se resalta que se cuenta con dos PIYC una para cada modalidad.

PÚBLICA

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

a. PORTADA

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

C. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION

NIVELES	CONTEXTUALIZACION	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	COMO LOGRARLO (estrategias, acciones o metodologías)
Micro sistema: Niño, niña o adolescente	Los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad Hogar Sustituto en el Departamento del Huila presentan diferentes necesidades, debido a la vulneración de sus derechos desde su familia biológica, quienes deberían ser los principales garantes de sus derechos fundamentales. Sin embargo, algunos suelen ser víctimas de maltrato infantil, abuso físico, psicológico, sexual, desnutrición, abandono, situación de calle y demás, generadoras de alteraciones de acuerdo con el curso de vida, en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, conlleva a que se vean afectadas las habilidades,	**Hito 1.**	
		Momento 1: Evaluación integradora	
		Reconocer las dinámicas individuales del Niño, Niña o Adolescente; teniendo como punto de partida su historia de vida, habilidades, capacidades, riesgos y oportunidades; identificando grado de discapacidad a fin de implementar el proceso de atención.	Realizar entrevista semiestructurada al niño, niña o adolescente a fin de identificar riesgos, dificultades y habilidades, establecer la atención a seguir.
			Revisión documental a la información brindada por la autoridad administrativa competente.
			Realizar la evaluación integradora los niños, niñas o adolescente a fin de identificar sus afectaciones a nivel físico, emocional, familiar y social.
			Identificar las redes familiares y/o vinculares con que cuenta el niño, niñas y adolescente
			Implementación de actividades pedagógicas

Meso sistema: Familia	Desde la concepción social la familia es la base de la sociedad en la cual se aprenden principios, valores, vivencias y se educa al ser humano para que adquiere habilidades, destrezas y se forme para la vida, en ella se trasmiten saberes, conocimientos y se heredan patrones culturales que influyen en el comportamiento del ser humano, el cual puede ser moldeado y educado a través del tiempo. Está formado por las relaciones existentes entre los miembros del primer nivel (el microsistema), de tal modo que, por ejemplo, cómo se relacione la familia con los profesores o los padres con los amigos del niño, va a influir directamente sobre el niño, niña y adolescente. De ahí la importancia de los vínculos que los padres establezcamos con el resto de entornos. El Huila pasó de tener al 18,3% de su población en condición de vulnerabilidad	**HITO 1 - Prospectiva del caso**	
		Momento 1: Evaluación integradora	
		Identificar los factores de vulnerabilidad y generatividad de cada familia.	Establecer un plan de acción con cada una de las intervenciones de los profesionales, partiendo de las particularidades y características de las familias y como esta afecta de manera directa o indirecta al niño, niñas o adolescente.
			Brindar orientación frente a la activación de rutas, en caso de identificar la presencia de algún evento traumático en la familia.
		Momento 2: Diseño del plan de caso	
		Identificar las prácticas y dinámicas de las familias del Niño, Niña o Adolescente, para así reconocer las capacidades parentales y entornos protectores con que cuenta cada uno de sus integrantes.	Reconocer las capacidades parentales de las familias biológicas, familia extensa y redes vinculares; afín de generar compromisos para crear entornos protectores que permitan la garantía plena de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
		Hito 2 - Gestión de Caso	
		Momento 3: Implementación del plan de caso	
		Identificar si las familias superaron aquellas situaciones de riesgo y vulneración que desencadenaron el	Generar estrategias para el cambio de patrones culturales e imaginarios sociales que tienen los padres de familia frente a la educación de los niños.

			adolescentes.	
	Exo sistema: Sectores y servicios	Las familias de los beneficiarios de la Fundación, presentan competencias parentales limitadas que impiden garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos, confusión de roles, delegando a cuidadores alternativos la responsabilidad de crianza, hijos temerosos de expresar sus ideas por miedo e inseguridades, ausencia de pautas de crianza y de límites, falta de comunicación familiar, los padres y/o cuidadores involucran a las niñas, niños y adolescentes en los problemas del contexto familiar y esperan que tomen partido por ellos, mujeres cuidadoras con un arraigo cultural patriarcal que no les favorece ejercer su rol protector y tener una autonomía en la consecución de recursos para el sostenimiento	**HITO 1 - Prospectiva del caso** **Momento 1: Evaluación integradora**	
			Identificar el estado de los niños, niñas, adolescentes y niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD, frente a la vinculación al sistema educativo, Salud, Recreación, para quienes tengan estos derechos vulnerados se pueda generar estrategias de acceso y vinculación a las diversas atenciones.	Realizar la consulta en aplicativos como el SIMAT y FOSYGA a fin de identificar el estado actual niño, niña y adolescente frente a educación y salud.
				Realizar articulación por medio de envió de oficios o reuniones de articulación con las instituciones del SNBF de manera conjunta entre el operador y la autoridad administrativa competente a fin de garantizar el acceso de los niños niñas y adolescentes a la garantía de sus derechos.
			Identificar el estado actual del niño, niña o adolescente frente a su estado de salud. (Medicina general, medicina especializada y/o odontología); en caso de no contar con	Realizar revisión de la documentación del niño, niña y adolescente con Procesos Administrativos de Restablecimiento remitidos por las autoridades administrativas competentes a fin de identificar el proceso y su estado de salud,

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

D. PROPUESTA DE CUALIFICACION

	Acciones	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	Frecuencia.	Responsable	Fuente de Verificación.
Cualificación del talento humano. • **Coordinador** • **Psicólogo** • **Trabajador social** • **Nutricionista** • **Auxiliar administrativo** • **Gestor de caso** • **Profesional de área**	Realizar Capacitaciones al talento humano de la fundación social yo te cuido frente a: • Lineamientos Técnicos, Manuales operativos y guías orientadoras, Minuta contractual icas SIGE go Ético, pacto de vivencia y amento Interno.	Personal operativo y administrativo con amplio conocimiento frente a los lineamientos y manuales operativos que orientan a la atención de la modalidad hogar sustituto. Del mismo modo, lograr contar con talento humano ampliamente capacitado frente a la atención de los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad hogar sustituto.	Al inicio de la prestación del servicio. Una vez se realicen ajustes a los documentos técnicos y cada vez que se requiera.	Coordinadores de la modalidad y profesional en salud ocupacional y gestor de caso	Mediante actas de socialización, Capacitación, encuentros, reuniones, y grupos de estudio y trabajo.
	Fortalecer al talento humano en conocimientos dirigidos al Buen Trato.				
	Generar Programas de bienestar laboral e incentivos, para el personal con jornadas de integración y esparcimiento, con actividades grupales.				

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

Se orienta frente a las funciones que debe desempeñar cada uno desde su rol, esto para trabajar en armonía y logar fortalecer las habilidades y capacidades de los niños, niñas y adolescente, dar respuesta para garantizar la calidad del Servio y las atenciones a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad Hogar Sustituto, por lo anterior, se anexan las funciones según el perfil a trabajar:

1. .TRABAJO SOCIAL

- Realizar entre otras funciones: la valoración socio familiar, seguimiento, orientación, intervención y acompañamiento a la familia

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

- Brindar apoyo en el desarrollo del Plan de Caso y el desarrollo del proceso de atención desde sus Hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
- Trabajo con la familia biológica y redes vinculares de los niños, las niñas y los adolescentes ubicados en la modalidad.
- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos enn lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, este profesional, participará en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la entidad que lo contrata.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial socio familiar de verificación de derechos de niños, niña y adolescentes evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes socio familiares a cada niño, niña o adolescente ingresado a la modalidad hogar sustituto evaluando y analizando el estado del niño, niña o adolescente.
- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad Sustituto
- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contemplada en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos.
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

1. PSICOLOGO

    - Realizar las valoraciones, seguimientos, intervención, diagnóstico, acompañamiento psicológico y apoyo al desarrollo del Plan de Caso y el proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello asegurando el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.

PÚBLICA

- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos. En lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, participar en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la fundación.
- Brindar atención integral como profesional de psicología, para la protección inmediata a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad Hogar Sustituto.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial en psicología, evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes psicológicos a cada niño, niña o adolescente ubicado en la modalidad hogar sustituto, evaluando y analizando el estado emocional y psicológico del Niño, Niña o Adolescente.
- Valorar en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, un examen mental, la apariencia, porte y actitud, la atención, la orientación, la conciencia, la sensopercepción, la memoria afectividad, el área cognitiva, adaptativa, el área sensorio y motriz, el área del lenguaje, social y académica y su plan de atención.
- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad hogar sustituto
- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contempladas en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

Seguidamente se procedió a resaltar que cada una de estas acciones estén encaminadas a suplir las necesidades de los niños, niñas y adolescentes siguiendo los lineamientos técnicos y manuales operativos sugeridos por el ICBF. De igual manera se orientó frente al MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, De igual manera se orienta frente a la

PUBLICA

ruta para la consulta de la documentación en el portal del ICBF, donde adicional se encuentran los formatos dispuestos para la atención según sea la necesidad de los usuarios, madres sustitutas, familias biológicas y demás población vinculada de manera directa e indirecta con la fundación.

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

Registro Fotográfico

2. Compromisos

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

Decisiones:

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

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

PUBLICA

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	
Erwin Losada	Psicólogo	Fundación social yo te cuido	
Nicolas Fernando Castaño	Trabajadora Social	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión (en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por confirmar		Fundación social yo te cuido
Colaborador que elabora el acta:	Paola Andrea Marin Gonzalez		

PÚBLICA

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- (●) La Plata
- ( ) Garzón
- ( ) Pitalito

Fecha

DD MM AAAA

28 / 09 / 2024

Nombre y apellido

Cindy Tatiana Sanchez Valencia

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- ( ) Si
- ( ) No

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

- ( ) Si
- (●) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: Paola Andrea Marin
CARGO: Coordinadora
PROCESO: Mision - prevencion - restablecimiento de derechos
NOMBRE JEFE INMEDIATO: Yudy Pahola Aguirre
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: Nicolás Fernando Castaño Fajardo
CARGO: trabajador social.
PROCESO: Paola Andrea Marin
NOMBRE JEFE INMEDIATO:
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐
☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio _____ Fecha de Terminación _____

TEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	/	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		/	
3	manual de funciones		/	
4	cronogramas de actividades		/	
5	codigo etico		/	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		/	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		/	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☑	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Nicolás Castaño
Quien recibe la inducción

Quien realiza la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Scanned with CamScanner

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
05/08/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
05//08/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

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

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

PÚBLICA

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

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

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 septiembre del año 2024, No elaboro la ficha técnica con los resultados de las encuestas debido a que esta se desarrolla cada tres meses, se tiene programada próxima entrega a los supervisores del contrato en el mes de octubre 2024.

Neiva – 01 de octubre 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

rojasclaraines94@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

30 / 09 / 2024

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Clara Inés rojas cumbe

CENTRO ZONAL

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

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

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

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

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

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

- (•) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

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

- ( ) SI
- (●) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

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

○ Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

rosaterrioscastillo2022@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

30 / 08 / 2024

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Rosa Terrios Castillo

CENTRO ZONAL

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

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

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

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

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

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

- (•) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- ○ SI
- ◉ NO

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

- ○ SI
- ◉ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- ○ EXCELENTE
- ◉ BUENO
- ○ REGULAR

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

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

◉ Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

La salud es de todos | Minsalud

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

CIUDAD Garzon | FECHA 11-04-2024 | ACTA N° 41-298-01

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [x] | Establecimientos de Espectáculo Público [ ] | Establecimientos de Diversión Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Secretaria Salud Dptal

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

*RAZON SOCIAL Fundación Social yo te cuido
*CÉDULA / NIT 901 4967029
*NOMBRE COMERCIAL Fundacion social yo te cuido
*DIRECCIÓN Cll 14 # 3-80 | MATRICULA MERCANTIL
*DEPARTAMENTO Huila | *MUNICIPIO Garzon
Barrio X | Vereda | Comuna | Localidad
Sector | Corregimiento | Caserio | UPZ
Otro [ ] Cuál: Santa Clara
TELÉFONOS 3115661665 | CORREO ELECTRONICO HSAUXILIARADMINISTRATIVO@FUNDACIONYOTECUIDO.COM
CORREO ELECTRÓNICO *HSAUXILIARADMINISTRATIVO@FundacionyoteCuido.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO Yuli Paola Aguirre Losada
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. [x] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento 36347141
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Yuli Paola Losada
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C [x] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento 36347141
CORREO ELECTRÓNICO *HSAUXILIARADMINISTRATIVO@FundacionyoteCuido
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cll 6 # 7E 40
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [ ] NO [ ]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA *HSAUXILIARADMINISTRATIVO@FundacionyoteCuido.com
*DEPARTAMENTO Huila | *MUNICIPIO Garzon
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO 8a12 y 2 a 5 Lunes a Viernes | N° DE TRABAJADORES 3
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES 5
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 5
CÓDIGO CIIU SI [ ] NO [ ] | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD fundacion.

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	dia / mes /año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE	%DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N°ACTA DE ULTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO [x]		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRACTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN

OTRO [ ] Especifique:

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar
Critico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Med Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

Nota:

Powered by CamScanner

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)	/		
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	/		
Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)	/		
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.	/		

I. CONDICIONES LOCATIVAS,SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

1. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores,mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162,163 Ley 9 de 1979)	5 /	2.5	0		5
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	4 /	2	0		4
1.3	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4 /	2	0		4
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	4 /	2	0		4
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.(Art 117 Ley 9 de 1979)	3 /	1.5	0		3
1.6	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y estan revestidas de material antideslizantes . (Art 47 y 48 Resolucion 14861 de 1985)	4 /	2	0		4
1.7	La ventilación es adecuada para el uso.(Art 197 Ley 9 de 1979)	3 /	1.5	0		3
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)	3 /	1.5	0		3
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 30 30 % total del acta

2.CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (inodoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	10 /		0		C
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	6 /	3	0		
2.3	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.	4 /	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 20 % del tot acta

Powered by CamScanner

4 CONDICIONES DE SEGURIDAD-GESTION DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado .(Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	2	0		4
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 206 Ley 9 de 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	3	1.5	0		3
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia.(Art 52 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0		2
4.4	Las escaleras cuentan con cinta antideslizante, franja foto luminica y pasamanos.(Art 48 Resolución 14861 de 1985)	3	1,5	0		3
4.5	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	5	2,5	0		5
4.6	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		5
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
0,0 100%	FAVORABLE	95%-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será de DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (NC-IMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-94%	
	DESFAVORABLE	< 49,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

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

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte de Establecimiento:

Powered by CamScanner

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO X

☐ Clausura temporal total	☐ Decomiso	☐ Vacunación personas o animales
☐ Clausura temporal parcial	☐ Destrucción o desnaturalización	☐ Destrucción o desnaturalización
☐ Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐ Congelación	☐ Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
☐ Suspensión total de trabajos o servicios	☐ Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles	☐ Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda
☐ Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades		

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	/
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia de la lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 10 del mes de Abril del año 2024 en la Ciudad de Bogotá.

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

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

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Ana Maria Cadena G	NOMBRE:
CÉDULA: 55167660	CÉDULA: /
CARGO: T. Sanitaria	CARGO: /
INSTITUCIÓN: Secretaria Salud Dp.	INSTITUCIÓN:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: ERICA. A. O	FIRMA:
NOMBRE: ERICA ALVARINO ORTIZ	NOMBRE:
CÉDULA: 1.070.606623	CÉDULA:
INSTITUCIÓN: FUNDACION SOCIAL 40 DE AGO	INSTITUCIÓN: /
CARGO: Trabajadora Social.	CARGO:

Powered by CamScanner

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

rosaterrioscastillo2022@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

30 / 09 / 2024

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Rosa Terrios Castillo

CENTRO ZONAL

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

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

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

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

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

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

- (•) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

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

◉ Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

NOMBRE Y APELLIDOS

HÉCTOR ESTIVEN SAMBONI GOLONDRINO

FECHA

DD MM AAAA

11 / 09 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

alixcabreravar@hotmail.com

Fecha

DD MM AAAA

09 / 09 / 2024

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Alivia vianed cabrera

CENTRO ZONAL

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

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

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

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

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

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

- (•) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

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

◉ Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

calderoncastillosandramilena@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

03 / 09 / 2024

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Sandra milena Calderón Castillo

CENTRO ZONAL

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

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

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

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

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

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

- (•) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- ○ SI
- ◉ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- ◉ EXCELENTE
- ○ BUENO
- ○ REGULAR

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

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

◉ Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

pelucalulu1982@gmail.compp

Fecha

DD MM AAAA

30 / 08 / 2024

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Vianey G alindo

CENTRO ZONAL

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

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

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

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

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

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

- (•) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

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

○ Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- ○ LA PLATA
- ○ PITALITO
- ◉ GARZON

NOMBRE Y APELLIDOS

SOFIA ALEJANDRA BERNAL

FECHA

DD MM AAAA

01 / 09 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

eduvigesgonzalez2@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

30 / 09 / 24

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Eduviges Gonzalez Montealegre

CENTRO ZONAL

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

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

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

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

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

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

- (•) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- ○ SI
- ◉ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

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

- ◉ SI
- ○ NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

- ○ EXCELENTE
- ◉ BUENO
- ○ REGULAR

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

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

○ Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

NOMBRE Y APELLIDOS

Sarita Sofia Alvira Vallejo

FECHA

DD MM AAAA

27 / 09 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- ○ Excelente
- ◉ Bien
- ○ Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

- ◉ Siempre
- ○ Casi siempre
- ○ Nunca

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENCUESTA DE SACTISFACCION MADRES SUSTITUTAS

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

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

Correo *

fraguamarleny0@gmail.com

Fecha

DD MM AAAA

30 / 09 / 2024

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO



NOMBRE Y APELLIDOS

Marleny fragua

CENTRO ZONAL

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

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

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

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

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

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

- (•) SI
- ( ) NO
- ( ) NO APLICA

CONOCE Y HA HECHO USO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

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

- (●) SI
- ( ) NO

CALIFIQUE EL NIVEL DESARROLLO DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL OPERADOR

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

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

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

○ Opción 1

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- ○ LA PLATA
- ○ PITALITO
- ◉ GARZON

NOMBRE Y APELLIDOS

SHARIT MARIANA SERRANO

FECHA

DD MM AAAA

01 / 09 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

Fecha

DD MM AAAA

17 / 09 / 2024

Nombre y apellido

MARIA FERNANDA GOMEZ ULTENGO

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- ( ) Si
- (●) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

Fecha

DD MM AAAA

01 / 09 / 2024

Nombre y apellido

MARIA GUADALUPE PIZO

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- ( ) Si
- (●) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que, durante el mes de Septiembre del año 2024, no se socializo algún tipo de documentación correspondiente, al inicio del contrato se procedió a la firma del formato de confidencialidad por parte de todo el talento humano dispuesto para la prestación del servicio.

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

Dado en 30 de Septiembre de 2024

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

Fecha

DD MM AAAA

01 / 09 / 2024

Nombre y apellido

VICTOR MANUEL CARDONA

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- ( ) Si
- (●) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO cuenta con el plan de recuperación y contingencia ante la presencia de cualquier evento que pueda afectar el cumplimiento de la ejecución del contrato.

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

Dado en 30 de SEPTIEMBRE de 2024

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

Fecha

DD MM AAAA

01 / 09 / 2024

Nombre y apellido

YULI ANDREA CABALLERO

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- ( ) Si
- (●) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *12*		
Hora: 11:30 am	**Fecha:** 13 de Septiembre del 2024	
Lugar:	*Sede Administrativa Fundación Social Yo Te Cuido Sede Garzón*	
Dependencia que Convoca:	*Equipo Interdisciplinario Fundación Yo Te Cuido*	
Proceso:	*Misional – Protección –Restablecimiento de Derechos.*	
Objetivo:	*Fomentar y motivar la participación activa de todos los involucrados para mejorar los procesos y servicios de la Fundación Social "Yo Te Cuido".*	

Agenda:

1. Saludo.
2. Observaciones.
3. Registro fotográfico.

Saludo:

El 13 de septiembre de 2024, a las 11:30 AM, se llevó a cabo la apertura del "Buzón de Sugerencias" de la Fundación Social Yo Te Cuido. En la reunión participaron Laura Alejandra Soto, Karen Yesenia Álvarez, Jessica Lorena Garzón, la representante de los beneficiarios y Paola Liliana Barrera, representante de las madres sustitutas. Se comprobó que el candado y la cerradura del buzón estaban intactos, sin signos de alteración.

Durante la sesión se trataron los siguientes temas:

Apertura del buzón para recibir quejas, sugerencias o reclamos.

Revisión minuciosa de los elementos recibidos.

Clasificación y análisis para determinar las acciones a seguir.

Firma de la constancia de participación por todos los presentes.

Observaciones:

Se reafirma el compromiso de asegurar la confidencialidad de las sugerencias, respetando el anonimato de los sugerentes si lo solicitan.

Se acordó realizar evaluaciones periódicas del buzón para implementar mejoras según sea necesario.

El informe indica que la apertura del buzón por parte de la madre sustituta fue exitosa y, hasta la fecha, no se han recibido quejas, sugerencias ni denuncias. La Fundación Yo Te Cuido seguirá manteniendo abiertas las vías de comunicación y se compromete a gestionar eficazmente cualquier solicitud futura recibida a través del buzón.

Powered by CamScanner

REGISTRO FOTOGRAFICO



FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Laura Fernández Soto	Psicologa	F.S YO TE CUIDO	Laura Fernández S.
Karen Jessica Alvarez C.	Trabajadora Social	F.S YO TE CUIDO	Karen Jessica Alvarez C.
JESSICA LORENA GARZON	GESTORA DE CASO	F.S YO TE CUIDO	
Paola Barrera F.	P.S.	F.S YO TE CUIDO	Paola Fragua
		F.S YO TE CUIDO	
		F.S YO TE CUIDO	
		F.S YO TE CUIDO	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	27/09/2024	N/A	F.S YO TE CUIDO
Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON		

Powered by CamScanner

INFORME HERRAMIENTA DE PARTICIPACION_SEPTIEMBRE_F.S YO TE CUIDO SEDE GARZON

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com> 30 de septiembre de 2024, 19:14
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>

Garzón, 30 septiembre 2024

Doctora

Irma Almario

Coordinadora Centro Zonal Garzón

Cordial Saludo,

Desde la Fundación Social Yo Te Cuido nos complace entregarle el informe del mes de agosto de la herramienta de participación “Buzón de Sugerencias” para el período del 01 de septiembre al 30 de septiembre del 2024. Este informe presenta un resumen de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y observaciones que hemos recibido de los usuarios de la modalidad hogar sustituto, familias biológicas, sustitutas y redes de apoyo durante este mes.

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

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

JESSICA LORENA GARZON
Gestora De Caso
Programa Hogares Sustitutos - Fundación Social Yo te Cuido

INFORME_APERTURA BUZON YO TE CUIDO_SEPTIEMBRE.pdf
451K

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- ○ LA PLATA
- ○ PITALITO
- ◉ GARZON

NOMBRE Y APELLIDOS

LUZ ANGELA SIERRA VILLANI

FECHA

DD MM AAAA

01 / 09 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- ○ LA PLATA
- ○ PITALITO
- ◉ GARZON

NOMBRE Y APELLIDOS

NAHARA ZURIHT PEREZ

FECHA

DD MM AAAA

01 / 09 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que, durante el mes de septiembre del año 2024, no hubo cambios en los productos para el aseo y desinfección, por lo tanto, la matriz de compatibilidad, inventario de productos químicos, hojas de seguridad, lista de chequeo manejo seguro de sustancias químicas seguirán siendo iguales para las sedes de LA PLATA, GARZON Y PITALITO.

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

Dado en 30 de septiembre de 2024

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que, durante el mes de Septiembre del año 2024, no se socializo certificados médicos ocupacionales en nuestras sedes de LA PLATA Y GARZON, contamos con el mismo personal de apoyo dentro de nuestras sedes.

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

Dado en 30 de Septiembre de 2024

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

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

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

NOMBRE Y APELLIDOS

LEIDER SANTIAGO RODRÍGUEZ

FECHA

DD MM AAAA

16 / 09 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- ○ LA PLATA
- ○ PITALITO
- ◉ GARZON

NOMBRE Y APELLIDOS

SHAROL NIKOL MAMIAM

FECHA

DD MM AAAA

01 / 09 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- ○ LA PLATA
- ○ PITALITO
- ◉ GARZON

NOMBRE Y APELLIDOS

YILBER JESUS PEREZ SANDOVAL

FECHA

DD MM AAAA

01 / 09 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

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, Para este periodo no se evidencia soportes por dichos conceptos según clausula Cuarta (04) del Eje de Seguridad de la Información “4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato.”

Neiva 30 de Septiembre del 2024

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- (●) La Plata
- ( ) Garzón
- ( ) Pitalito

Fecha

DD MM AAAA

06 / 09 / 2024

Nombre y apellido

Astrid Johana Vargas Quimbaya

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

- ○ Siempre
- ◉ Algunas Veces
- ○ Nunca

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

- ◉ Siempre
- ○ Algunas Veces
- ○ Nunca

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- ( ) Si
- (●) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- (●) La Plata
- ( ) Garzón
- ( ) Pitalito

Fecha

DD MM AAAA

25 / 09 / 2024

Nombre y apellido

Dairon Leonardo Rosas

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

- ○ Siempre
- ○ Algunas Veces
- ◉ Nunca

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

- ○ Siempre
- ◉ Algunas Veces
- ○ Nunca

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	LEDI CONSTANZA ROJAS MORENO
CÉDULA	41.709.184
CARGO	TRABAJADORA SOCIAL

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
1604/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Ledi C. Rojas
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Ledi C. Rojas

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

Scanned with CamScanner

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- (●) La Plata
- ( ) Garzón
- ( ) Pitalito

Fecha

DD MM AAAA

21 / 09 / 2024

Nombre y apellido

Johan Andres Jimenez

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- ( ) Si
- (●) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

Fecha

DD MM AAAA

26 / 09 / 2024

Nombre y apellido

Karen Tatiana Arboleda Ovalle

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

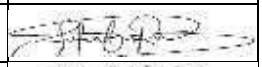
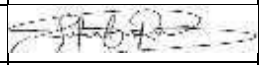
Google Formularios

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
05/08/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
05/08/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

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

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

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- ○ LA PLATA
- ◉ PITALITO
- ○ GARZON

NOMBRE Y APELLIDOS

Sebastian Garzon Cuellar

FECHA

DD MM AAAA

24 / 09 / 2024

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- ○ Excelente
- ◉ Bien
- ○ Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

- ◉ Siempre
- ○ Casi siempre
- ○ Nunca

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	ERWIN LOSADA SILVA
CÉDULA	
CARGO	PSICOLOGO

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
1604/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

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

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

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 30 de septiembre del año 2024, no presenta soportes por dichos conceptos según clausula tercera (3) del eje de Calidad “3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio.”, dado que a la fecha no se han recibido ninguna solicitud al respecto, en el municipio de Garzón y Pitalito.

Neiva – 01 octubre 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° *13*	
Hora: 4:30 pm	**Fecha:** 27 de Septiembre del 2024
Lugar:	*Sede Administrativa Fundación Social Yo Te Cuido Sede Garzón*
Dependencia que Convoca:	*Equipo Interdisciplinario Fundación Yo Te Cuido*
Proceso:	*Misional – Protección –Restablecimiento de Derechos.*
Objetivo:	*Fomentar y motivar la participación activa de todos los involucrados para mejorar los procesos y servicios de la Fundación Social "Yo Te Cuido".*

Agenda:

1. Saludo.
2. Observaciones.
3. Registro fotográfico.

Saludo:

El 13 de septiembre de 2024, a las 4:30 PM, se llevó a cabo la apertura del "Buzón de Sugerencias" de la Fundación Social Yo Te Cuido. En la reunión participaron Laura Alejandra Soto, Karen Yesenia Álvarez, la representante de los beneficiarios y Oneida Suarez, representante de las madres sustitutas. Se comprobó que el candado y la cerradura del buzón estaban intactos, sin signos de alteración.

Durante la sesión se trataron los siguientes temas:

Apertura del buzón para recibir quejas, sugerencias o reclamos.

Revisión minuciosa de los elementos recibidos.

Clasificación y análisis para determinar las acciones a seguir.

Firma de la constancia de participación por todos los presentes.

Observaciones:

Se reafirma el compromiso de asegurar la confidencialidad de las sugerencias, respetando el anonimato de los sugerentes si lo solicitan.

Se acordó realizar evaluaciones periódicas del buzón para implementar mejoras según sea necesario.

El informe indica que la apertura del buzón por parte de la madre sustituta fue exitosa y, hasta la fecha, se ha recibido una felicitación para el equipo de la Fundación Social Yo Te Cuido Sede Garzón. La Fundación Yo Te Cuido seguirá manteniendo abiertas las vías de comunicación y se compromete a gestionar eficazmente cualquier solicitud futura recibida a través del buzón.

Se anexa evidencia fotografía y oficio encontrado en el Buzón.

REGISTRO FOTOGRAFICO





FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Laura Fernández Soto	Psicologa	F.S YO TE CUIDO	Laura Fernández
Karen Patricia Alvarez	Trabajadora Social	F.S YO TE CUIDO	Karen Patricia Al
Oneida Suarez	M.S.	F.S YO TE CUIDO	Oneida Suarez
		F.S YO TE CUIDO	
		F.S YO TE CUIDO	
		F.S YO TE CUIDO	
		F.S YO TE CUIDO	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	11/10/2024	N/A	F.S YO TE CUIDO
Colaborador que elabora el acta:	LAURA ALEJANDRA FERNANDEZ SOTO		

Quiero felicitar al equipo
Psicosocial y a la señorita
Secretaria por tal excelente
labor que vienen realizando
en favor de las niñas niños
y adolecentes por lo cual
trabajamos y luchamos todos

es lo resaltar la buena
comunicacion y equidad.
y ellas vienen teniendo y
tambien son muy respetuosas
cuando nos dirigen los reclamos
o solicitan algo.

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de Septiembre del año 2024, no se presentó ningún incidente de seguridad que pudiera afectar la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información.

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

Dado en 30 de Septiembre de 2024

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que, La Fundación Social Yo Te Cuido cuenta con un representante en seguridad y salud en el trabajo quien cumplen con el perfil establecido en la Resolución 0312 de 2019, para garantizar el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente

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

Dado en 30 de Septiembre de 2024

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que, Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de Septiembre del año 2024, no se presentó ningún incidente y/o accidente, manteniendo un entorno de trabajo seguro cumpliendo así con los estándares de seguridad establecidos.

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

Dado en 30 de Septiembre de 2024

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que, durante el mes de Septiembre del año 2024, no se realizaron cambios en el plan de emergencias, no se presentan novedades en la infraestructura ni en los alrededores de esta que representen un eminente peligro. Contamos con el mismo personal de apoyo en de nuestras sedes e infraestructura de LA PLATA, GARZON Y PITALITO.

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

Dado en 30 de Septiembre de 2024

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que, durante el mes de Septiembre del año 2024, no se socializo algún tipo de documentación correspondiente a inducción al puesto de trabajo en las sedes de LA PLATA Y GARZON que contamos con el mismo personal de apoyo dentro de nuestra sedes.

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

Dado en 30 de Septiembre de 2024

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: Paola Andrea Marin
CARGO: Coordinadora
PROCESO: Misional - prevencion - restablecimiento de derechos
NOMBRE JEFE INMEDIATO: Yudy Patricia Agudelo
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☐

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR: Nicolás Fernando Castaño Agudelo
CARGO: Trabajador Social.
PROCESO:
NOMBRE JEFE INMEDIATO: Paola Andrea Marin
TIPO DE CONTRATO: Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo — Reemplazo ☐ — Traslado ☐ — Ascenso ☐
☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: Fecha de Inicio: _____ Fecha de Terminación: _____

TEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		✓	
3	manual de funciones		✓	
4	cronogramas de actividades		✓	
5	codigo etico		✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		✓	
7	trabajo en equipo, buen trato		✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☑	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

Nicolás Castaño
Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

Scanned with CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *01*	
Hora: 8:00	**Fecha: 16 DE SEPTIEMBRE**
Lugar:	*SEDE PITALITO*
Dependencia que Convoca:	*EQUPO INTERDISIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	*MISIONAL- PROTECCION - RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS*
Objetivo:	*SOCIALIZAR EL EQUIPO DE TRABAJO INDUCCION AL PUESTO DE TRABAJO*

Agenda:

1. SALUDO
2. DESARROLLO
3. OBSERVACIONES

Saludo:

siendo las 8:00 am del día 16 del mes de septiembre del año 2024, se agradece la asistencia de todos y se destaca la importancia de conocer la información, compartirla y divulgarla a cada uno de los colaboradores.

Desarrollo:

el día 16 de septiembre del 2024, en presencia de los profesionales ERWIN LOSADA SILVA y NICOLAS CASTAÑO se tratan temas relacionados a:

- Actividades para realizar
- Lineamientos
- manuales operativos
- guías del ICBF

Frente al proceso de atención de la modalidad de acogimientos hogar sustituto:

- Manual de funciones
- cronogramas de actividades
- código ético
- direccionamiento estratégico de la fundación social yo te cuido
- trabajo en equipo
- buen trato.

se realizan inspecciones de seguridad, recomendaciones al respecto e inducción al puesto de trabajo, dando continuidad con el desarrollo y objetivo de la reunión se da lugar a socializar la misión, visión, objetivos estratégicos y política ambiental del ICBF.

Se reitera el compromiso de mantener la confidencialidad de la documentación referente al proceso.

Observaciones:

Se acuerda evaluar al personal periódicamente para realizar acciones de mejoras según sea evidenciado.

Scanned with CamScanner

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

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ	COORDINADOR(A)	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE	SIGE	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
ERVIN LOSADA SILVA	PSICOLOGO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
NICOLAS FERNANDO CASTAÑO FAJARDO	TRABAJADOR SOCIAL	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	DANIEL FERNANDO VARGAS ANDRADE		

Scanned with CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 03		
Hora: 10:33 A.M	**Fecha:** 03 de septiembre 2024	
Lugar:	Fundación social yo te cuido – sede Pitalito	
Dependencia que Convoca:	Coordinación modalidad Hogar sustituto	
Proceso:	Misional – protección – restablecimiento de derechos	
Objetivo:	Llevar a cabo jornada de inducción y capacitación al talento humano vinculado a la modalidad Hogar sustituto en el municipio de Pitalito que ingresaron a hacer parte del equipo, a fin de orientar frente a las acciones a desarrollar durante la ejecución del contrato.	

Agenda:

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

Desarrollo:

1. Saludo

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

2. Desarrollo

Siendo las 10:33 am, del día 03 de septiembre del 2024 Se da inicio a la jornada, agradeciendo a la profesional en trabajo social por la participación y dando la bienvenida esta bonita modalidad, orientando al talento Humano frente a las propuestas de implementación y cualificación de vulneración y discapacidad aprobadas para la fundación social yo te cuido, se resalta que se cuenta con dos PIYC una para cada modalidad.

PÚBLICA

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

a. PORTADA

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

C. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION

NIVELES	CONTEXTUALIZACION	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	COMO LOGRARLO (estrategias, acciones o metodologías)
Micro sistema: Niño, niña o adolescente	Los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad Hogar Sustituto en el Departamento del Huila presentan diferentes necesidades, debido a la vulneración de sus derechos desde su familia biológica, quienes deberían ser los principales garantes de sus derechos fundamentales. Sin embargo, algunos suelen ser víctimas de maltrato infantil, abuso físico, psicológico, sexual, desnutrición, abandono, situación de calle y demás, generadoras de alteraciones de acuerdo con el curso de vida, en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, conlleva a que se vean afectadas las habilidades,	**Hito 1.**	
		Momento 1: Evaluación integradora	
		Reconocer las dinámicas individuales del Niño, Niña o Adolescente; teniendo como punto de partida su historia de vida, habilidades, capacidades, riesgos y oportunidades; identificando grado de discapacidad a fin de implementar el proceso de atención.	Realizar entrevista semiestructurada al niño, niña o adolescente a fin de identificar riesgos, dificultades y habilidades, establecer la atención a seguir.
			Revisión documental a la información brindada por la autoridad administrativa competente.
			Realizar la evaluación integradora los niños, niñas o adolescente a fin de identificar sus afectaciones a nivel físico, emocional, familiar y social.
			Identificar las redes familiares y/o vinculares con que cuenta el niño, niñas y adolescente
			Implementación de actividades pedagógicas

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

	Meso sistema: Familia	Desde la concepción social la familia es la base de la sociedad en la cual se aprenden principios, valores, vivencias y se educa al ser humano para que adquiere habilidades, destrezas y se forme para la vida, en ella se trasmiten saberes, conocimientos y se heredan patrones culturales que influyen en el comportamiento del ser humano, el cual puede ser moldeado y educado a través del tiempo. Está formado por las relaciones existentes entre los miembros del primer nivel (el microsistema), de tal modo que, por ejemplo, cómo se relacione la familia con los profesores o los padres con los amigos del niño, va a influir directamente sobre el niño, niña y adolescente. De ahí la importancia de los vínculos que los padres establezcamos con el resto de entornos. El Huila pasó de tener al 18,3% de su población en condición de vulnerabilidad	**HITO 1 - Prospectiva del caso**		
			Momento 1: Evaluación integradora		
			Identificar los factores de vulnerabilidad y generatividad de cada familia.	Establecer un plan de acción con cada una de las intervenciones de los profesionales, partiendo de las particularidades y características de las familias y como esta afecta de manera directa o indirecta al niño, niñas o adolescente.	
				Brindar orientación frente a la activación de rutas, en caso de identificar la presencia de algún evento traumático en la familia.	
			Momento 2: Diseño del plan de caso		
			Identificar las prácticas y dinámicas de las familias del Niño, Niña o Adolescente, para así reconocer las capacidades parentales y entornos protectores con que cuenta cada uno de sus integrantes.	Reconocer las capacidades parentales de las familias biológicas, familia extensa y redes vinculares; afín de generar compromisos para crear entornos protectores que permitan la garantía plena de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.	
			Hito 2 - Gestión de Caso		
			Momento 3: Implementación del plan de caso		
			Identificar si las familias superaron aquellas situaciones de riesgo y vulneración que desencadenaron el	Generar estrategias para el cambio de patrones culturales e imaginarios sociales que tienen los padres de familia frente a la educación de los niños.	

			adolescentes.	
	Exo sistema: Sectores y servicios	Las familias de los beneficiarios de la Fundación, presentan competencias parentales limitadas que impiden garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos, confusión de roles, delegando a cuidadores alternativos la responsabilidad de crianza, hijos temerosos de expresar sus ideas por miedo e inseguridades, ausencia de pautas de crianza y de límites, falta de comunicación familiar, los padres y/o cuidadores involucran a las niñas, niños y adolescentes en los problemas del contexto familiar y esperan que tomen partido por ellos, mujeres cuidadoras con un arraigo cultural patriarcal que no les favorece ejercer su rol protector y tener una autonomía en la consecución de recursos para el sostenimiento	**HITO 1 - Prospectiva del caso** **Momento 1: Evaluación integradora**	
			Identificar el estado de los niños, niñas, adolescentes y niños, niñas y adolescentes con discapacidad y mayores de 18 años con discapacidad que al cumplir la mayoría de edad se encontraban en PARD, frente a la vinculación al sistema educativo, Salud, Recreación, para quienes tengan estos derechos vulnerados se pueda generar estrategias de acceso y vinculación a las diversas atenciones.	Realizar la consulta en aplicativos como el SIMAT y FOSYGA a fin de identificar el estado actual niño, niña y adolescente frente a educación y salud.
				Realizar articulación por medio de envió de oficios o reuniones de articulación con las instituciones del SNBF de manera conjunta entre el operador y la autoridad administrativa competente a fin de garantizar el acceso de los niños niñas y adolescentes a la garantía de sus derechos.
			Identificar el estado actual del niño, niña o adolescente frente a su estado de salud. (Medicina general, medicina especializada y/o odontología); en caso de no contar con	Realizar revisión de la documentación del niño, niña y adolescente con Procesos Administrativos de Restablecimiento remitidos por las autoridades administrativas competentes a fin de identificar el proceso y su estado de salud,

D. PROPUESTA DE CUALIFICACION

	Acciones	CAMBIOS O RESULTADOS ESPERADOS	Frecuencia.	Responsable	Fuente de Verificación.
Cualificación del talento humano. • **Coordinador** • **Psicólogo** • **Trabajador social** • **Nutricionista** • **Auxiliar administrativo** • **Gestor de caso** • **Profesional de área**	Realizar Capacitaciones al talento humano de la fundación social yo te cuido frente a: • Lineamientos Técnicos, Manuales operativos y guías orientadoras, Minuta contractual ias SIGE go Ético, pacto de ivencia y amento Interno.	Personal operativo y administrativo con amplio conocimiento frente a los lineamientos y manuales operativos que orientan a la atención de la modalidad hogar sustituto. Del mismo modo, lograr contar con talento humano ampliamente capacitado frente a la atención de los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad hogar sustituto.	Al inicio de la prestación del servicio. Una vez se realicen ajustes a los documentos técnicos y cada vez que se requiera.	Coordinadores de la modalidad y profesional en salud ocupacional y gestor de caso	Mediante actas de socialización, Capacitación, encuentros, reuniones, y grupos de estudio y trabajo.
	Fortalecer al talento humano en conocimientos dirigidos al Buen Trato.				
	Generar Programas de bienestar laboral e incentivos, para el personal con jornadas de integración y esparcimiento, con actividades grupales.				

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

Se orienta frente a las funciones que debe desempeñar cada uno desde su rol, esto para trabajar en armonía y logar fortalecer las habilidades y capacidades de los niños, niñas y adolescente, dar respuesta para garantizar la calidad del Servio y las atenciones a los niños, niñas y adolescentes de la modalidad Hogar Sustituto, por lo anterior, se anexan las funciones según el perfil a trabajar:

1. .TRABAJO SOCIAL

- Realizar entre otras funciones: la valoración socio familiar, seguimiento, orientación, intervención y acompañamiento a la familia

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

- Brindar apoyo en el desarrollo del Plan de Caso y el desarrollo del proceso de atención desde sus Hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
- Trabajo con la familia biológica y redes vinculares de los niños, las niñas y los adolescentes ubicados en la modalidad.
- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos enn lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, este profesional, participará en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la entidad que lo contrata.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial socio familiar de verificación de derechos de niños, niña y adolescentes evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes socio familiares a cada niño, niña o adolescente ingresado a la modalidad hogar sustituto evaluando y analizando el estado del niño, niña o adolescente.
- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad Sustituto
- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contemplada en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos.
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

1. PSICOLOGO

    - Realizar las valoraciones, seguimientos, intervención, diagnóstico, acompañamiento psicológico y apoyo al desarrollo del Plan de Caso y el proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello asegurando el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.

PÚBLICA

- Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos. En lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, participar en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la fundación.
- Brindar atención integral como profesional de psicología, para la protección inmediata a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad Hogar Sustituto.
- Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial en psicología, evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
- Realizar informes psicológicos a cada niño, niña o adolescente ubicado en la modalidad hogar sustituto, evaluando y analizando el estado emocional y psicológico del Niño, Niña o Adolescente.
- Valorar en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, un examen mental, la apariencia, porte y actitud, la atención, la orientación, la conciencia, la sensopercepción, la memoria afectividad, el área cognitiva, adaptativa, el área sensorio y motriz, el área del lenguaje, social y académica y su plan de atención.
- Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
- Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
- Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad hogar sustituto
- Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
- Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
- Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contempladas en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos
- Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
- Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

Seguidamente se procedió a resaltar que cada una de estas acciones estén encaminadas a suplir las necesidades de los niños, niñas y adolescentes siguiendo los lineamientos técnicos y manuales operativos sugeridos por el ICBF. De igual manera se orientó frente al MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, De igual manera se orienta frente a la

PUBLICA

ruta para la consulta de la documentación en el portal del ICBF, donde adicional se encuentran los formatos dispuestos para la atención según sea la necesidad de los usuarios, madres sustitutas, familias biológicas y demás población vinculada de manera directa e indirecta con la fundación.

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

Registro Fotográfico

2. Compromisos

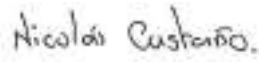
Dar cumplimiento a cada una de las actividades y seguir las recomendaciones a fin de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la modalidad, así como garantizar que las ate4nciones se den de acuerdo a lo establecido en los lineamiento y manuales operativos establecidos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

Decisiones:

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

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

PUBLICA

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	
Erwin Losada	Psicólogo	Fundación social yo te cuido	
Nicolas Fernando Castaño	Trabajadora Social	Fundación social yo te cuido	
Próxima reunión (en caso de que no se programe próxima reunión diligenciar con N/A)	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Por confirmar		Fundación social yo te cuido
Colaborador que elabora el acta:	Paola Andrea Marin Gonzalez		

PÚBLICA

FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO

INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Paola Andrea Marin Gonzalez
CARGO	Coordinadora
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Andrea Marin Gonzalez
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o labor contratada ☑

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL COLABORADOR	Enum Losada Silva
CARGO	Psicologo
PROCESO	Induccion
NOMBRE JEFE INMEDIATO	Paola Andrea Marin Gonzalez
TIPO DE CONTRATO	Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☑

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☑ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐

☐ Nuevas funciones del cargo o cambio de funciones dentro del mismo cargo

Duración de la induccion: 1 Hora Fecha de Inicio 16/09/2024 Fecha de Terminación 16/09/2024

ITEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo) Fecha validación: ¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad? SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada presencial en la cual se lleva a cabo socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Desde la fundacion se realizo presentacion magistral de diapositivas, juego de roles y actividad de presentacion.	✓	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		✓	
3	manual de funciones		✓	
4	cronogramas de actividades		✓	
5	codigo etico		✓	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		✓	
7	trabajo en equipo, buen tratoo		✓	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☑	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☑	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

Quien recibe la inducción

Quien realiza la verificación (Jefe)

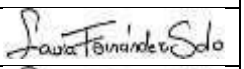
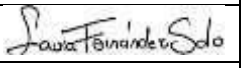
Powered by CamScanner

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
05/08/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
05/08/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

PÚBLICA

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

CIUDAD: Pitalito | FECHA: 03/07/24 | ACTA N°: 183

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] | Establecimientos de Expendios Públicos [ ] | Establecimientos de Diversión Públicos [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SSM Pitalito

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*RAZÓN SOCIAL	Fundación Social Yo Te Cuido
*CÉDULA / NIT	901.496.702-9
*NOMBRE COMERCIAL	Fundación Social Yo Te Cuido
*DIRECCIÓN	Cll 1A # 5-52
MATRÍCULA MERCANTIL	
*DEPARTAMENTO	Huila
*MUNICIPIO	Pitalito
Barrio: Trinidad	Vereda:	Comuna: 3	Localidad:
Sector:	Corregimiento:	Caserío:	UPZ:
Dirección:	Cód:		
TELÉFONOS	320 422 7379
CORREO ELECTRÓNICO	
CORREO ELECTRÓNICO	coordinador1yoteCuido@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO	Fundación Social Yo Te Cuido
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C [ ] C.E [ ] NIT [X] *Número de documento: 901.496.702-9
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	Hernan David Bonilla Aguirre
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C [X] C.E [ ] NIT [ ] *Número de documento: 1.003.952.300
CORREO ELECTRÓNICO	coordinador1yoteCuido@gmail.com
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Cll 1A # 5-52

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI [X] NO [ ]

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	coordinador1yoteCuido@gmail.com
*DEPARTAMENTO	Huila
*MUNICIPIO	Pitalito
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO	Oficina
N° DE TRABAJADORES	6
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES	(6)
N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	(6)
CÓDIGO CIIU: SI [X] NO [ ]	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: 94499 - NA

CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN		TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
N°ACTA DE ÚLTIMA VISITA			FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMADA	SOLICITUD DEL INTERESADO	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	SOLICITUD DE VERACIDAD DE PROGRAMA PRESUNTOS DAÑOS O NATURALEZA

OTRO: Especifique:

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar o evalúa
Crítico (CR)	La casilla "CP" correspondiente cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y debe aplicar medidas sanitarias de Seguridad que implique que el establecimiento cerrará su funcionamiento en condiciones inseguras
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponda o la actividad realizada por el objeto de IVC **Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento visitado y controlado)**

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	OBSERVACIONES
Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)			
Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			
Permisos de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)			
En caso de requerir de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción			

3. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

3. CONDICIONES LOCATIVAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1	El establecimiento esta ubicado en terreno de facil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores nauseabundos, contaminantes y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad mayor en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de infestación, accesos (Art 186, 192,362 Ley 9 de 1979)	5	2.5	0		
1.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con facil acceso (Art 40 Resolucion 14861 de 1985)	4	2	0		
1.3	En el establecimiento los pisos son solidos, impermeables, antideslizantes, de facil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, instalados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)	4	2	0		
1.4	En el establecimiento las paredes y techos son solidos de facil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 196 Ley 9 de 1979)	6	3	0		
1.5	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lamparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas especificas están construidas, ensambladas, mantenidas, accionadas, salvaguardas y protegidas, de manera que no presenten los riesgos de incendio y no sean en el contacto con los elementos sometidos a tensión (Art. 117 Ley 9 de 1979)	0	15	0		
1.6	Las escaleras, rampas, con pasamanos, cuentan con descansillos y estan revestidas de material antideslizantes. (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)	4	2	0		N/A
1.7	La ventilación es adecuada para el uso (Art 197 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
1.8	La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art. 198 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 28,5 % del total del acta

3.CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los implementos y elementos para la higiene personal, separados por sexo, en cuanto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (materiales y resistencia). (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	10		0		CR
2.2	El establecimiento mantiene las condiciones de en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (art 207 ley 9 de 1979)	5	5	0		
2.3	Los elementos y productos aseo/no utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados	4	2	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto o cita sistema alternativo	2	1	0		
3.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 195 Ley 9 de 1979)	4		0		CR
3.1.3	Las instalaciones internas para suministro estan diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con relación de servicio continuo y presión suficiente en todos los sitios de consumo (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007)	5	1	0		
3.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	4	1	0		
3.1.5	El establecimiento realiza semestralmente o cuando este razonablemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable. (tener soportes) (Art 10 Decreto 1575 de 2007)	2	1	0		
	3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.2.1	Los aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0		
3.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos estan diseñadas y construidas para que permitan encerramiento, evitar obstrucciones, impida el paso de plagas y amenaze de la red pública el mismo, no permita el recalamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable	3	1	0		
	3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.3.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado	3	1	0		
3.3.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con instalaciones sanitarias	3	1.5	0		
3.3.3	Cuenta con recipientes de material resistente que facilite su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores	2	0	0		
	3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	C	CP	NC	NA	
3.4.1	Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art. 201 y Art 593 Ley 09 de 1979)	0	1	0		
3.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por estas y se consideran medidas preventivas para el control y propagación (Art. 168 Ley 09 de 79)	5		0		CR
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 27 % del total del acta

4 CONDICIONES DE SEGURIDAD GESTION DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	Existe plan de gestion del riesgo de desastres documentado e implementado. (Articulo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	4	0	0		Sin Documentar
4.2	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 208 Ley 9 de 1979) (Art 52 Resolución 14861 de 1985)	0	1.5	0		
4.3	El establecimiento tiene alarma de emergencia (Art 51 Decreto 14861 de 1985)	1	1	0		

4.4	Los sanitarios cuentan con color antideslizante, forma tipo lavadora y pavimento (Art 40 Resolución 14061 de 1992)	1	1.5	0		N/A
4.5	La institución cuenta con extractores o ventiladores cortos eficientes cargados y adecuadamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento. (Art 52 Resolución 14061 de 1992)	5	2.5	0		
4.6	El sitio incluye los primeros auxilios (Art 127 Ley 9 de 1979)	0	1.5	0		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 16 % del total del acta

III. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto otorgado a visita	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
91,5%	FAVORABLE	95%-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea calificado como "CRÍTICO", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será el de DESFAVORABLE, representando un riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (SECAMO) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	81%-94%	
	DESFAVORABLE	< 80,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NUMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AGUA)	
NUMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

2) Implementar un plan de emergencias para la sede de la Fundación (Pitalito)

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte de Establecimiento:

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

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajo o servicio
- [ ] Suspensión total de trabajo o servicio
- [ ] Aislamiento o cuarentena de personas para evitar la transmisión de enfermedad
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Captura y recolección de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
- [ ] Información preventiva a animales
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Control de insectos y otros factores nocivos o transmisores de enfermedades
- [ ] Otras (aplicar y documentar) de la Unidad Sanitaria o vivienda

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HÁBILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia de lo anterior y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 03 del mes de julio del año 2024 en la Ciudad de Pitalito

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

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

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZARON LA VISITA	
FIRMA	FIRMA
NOMBRE Edwar H. Ruiz Rodriguez	NOMBRE
CÉDULA 1.075 291.110	CÉDULA
CARGO Profesional de Apoyo	CARGO
INSTITUCIÓN SSM Pitalito	INSTITUCIÓN
POR PARTE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA	FIRMA
NOMBRE Katherine Ramos Salazar	NOMBRE
CÉDULA 1097.421.524	CÉDULA
INSTITUCIÓN T.Social Yo te cuido	INSTITUCIÓN
CARGO Trabajadora social.	CARGO

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Laura Ximena Losada
CÉDULA	1081415798
CARGO	Gestora de Caso

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
1604/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

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

Powered by CamScanner

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Shirley Gamboa
CÉDULA	1069897352
CARGO	Psicologa

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
1604/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Shirley G
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Shirley G

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Luisa Mercedes Vinasco Jaramillo
CÉDULA	1.005.786.399
CARGO	Auxiliar administrativo

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
1604/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Luisa Vinasco
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Luisa Vinasco

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

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

Scanned with CamScanner

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Derly Liliana Hoyos Muñoz
CÉDULA	36287487
CARGO	Gestora de caso

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
1604/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Derly LilianaHoyos
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Derly LilianaHoyos

Powered by CamScanner

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	NICOLAS FERNANDO CASTAÑO FAJARDO
CÉDULA	1083910992
CARGO	TRABAJADOR SOCIAL

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
1604/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Nicolás Castaño
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Nicolás Castaño

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

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

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Derly Liliana Hoyos Muñoz
CÉDULA	36287487
CARGO	Gestora de caso

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
1604/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	Derly LilianaHoyos
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	Derly LilianaHoyos

Powered by CamScanner

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NOMBRE	Mónica Johana Cruz Samboni
CÉDULA	1080930730
CARGO	Auxiliar Administrativo

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

FECHA	EPP	CANT.	TALLA	ESTADO DEL EPP	FIRMA
1604/2024	TAPABOCAS	25	N/A	NUEVO	
16/04/2024	GUANTES QUIRURJICOS	25	N/A	NUEVO	

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

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

Buena práctica ambiental	Describir las actividades realizadas	Registro fotográfico
Ahorro y uso eficiente de agua	*Las llaves para el suministro de agua no tienen goteras ni daños en tuberías donde se evidencia desperdicio de agua, reutilizar esta agua para riego o limpieza de exteriores*	
Ahorro y uso eficiente de energía	*Los espacios de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y La plata cuenta con espacios con amplia iluminación natural lo que no requiere que en el día se deba encender los bombillos.* *Apaga las luces, computadoras, cargadores, y electrodomésticos cuando no se estén usando.* *Siempre que sea posible, utiliza la luz del sol en lugar de luces artificiales.* ***Las bombillas LED consumen hasta un 80% menos energía que las bombillas tradicionales.***	

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

Buena práctica ambiental	Describir las actividades realizadas	Registro fotográfico
Ahorro y uso eficiente de papel	*En la fundación social yo te cuido todos los documentos son impresos a doble cara siempre y cuando se requiera de manera obligatoria la presencia de la documentación en física.*	
Manejo de residuos	***Separación en la fuente**: La fundación social yo te cuido cuenta tres puntos ecológicos ubicados respectivamente en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata. Clasifica los residuos en orgánicos, reciclables (plástico, papel, vidrio, metal) y no reciclables. eutilizar envases, bolsas y otros materiales siempre que sea posible. llevar los residuos reciclables a los puntos de reciclaje correctos.*	

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

Dado en Neiva, en el mes de septiembre de 2024

Atentamente,



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

PÚBLICA

Secretaría de Salud Distrital

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

SOMOS, SOMOS HUILENSES GRANDES — Gobernación del Huila

Acta No. 41396-001

DETERMINACION GENERAL

OBJETO DE LA VISITA		SEGUIMIENTO DE VISITA		
Visita de oficio	X	VISITA		FECHA
Solicitud oficial		Visita Inicial		16-05-2024
Notificación consecutiva juzgado		2ª Control		
Solicitud del interesado		3ª Control		
		3ª Control		

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD: Huila
DEPARTAMENTO, DISTRITO O MUNICIPIO: Huila
FECHA DE VISITA: 16-05-2024

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón social	Fundacion Social Yo Te Creido	NIT. No.	901496702-9
Dirección y Barrio	Cll 3 Sur 34 Urb. del Prado	Teléfono	3206192997
Representante Legal	Paola Andrea Ulloa	C.C.	1083471141
Tipo de Establecimiento (subcategoría)		Observaciones	e-mail: fundacionyotecreido@...

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

POBLACION

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

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

Aspectos generales a inspeccionar	Calificación / Cumplimiento C	CP	NC	NA	OBSERVACIONES
1. CONDICIONES LOCATIVAS					
1.1. Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y mantienen en cuanto a manejo y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc.	2/	1	0	NA	
1.2. Elementos de control (kit de emergencias)	2/	1	0	NA	
1.3. Equipos de comunicación	2/	1	0	NA	
1.4. Control electrico y tableros	2/	1	0	NA	
1.5. Sistemas de combustión de vehículos domésticos.	2/	1	0	NA	
2. CONDICIONES SANITARIAS					
2.1. Los servicios sanitarios estan en condiciones suficientes operativas con agua y con los elementos necesarios para su servicio (papel, jabon, toalla) y claramente visible el letrero de lavado de manos.	2/	1	0	NA	
2.2. El estado general de la edificación permite el funcionamiento adecuado y conforme a lo requerido en la legislación sanitaria.	2/	1	0	NA	
2.3. Presenta suficientes en buen estado, con tapa para almacenamiento de residuos sólidos (ordinarios, reciclables y peligrosos)	2/	1	0	NA	
2.4. Presenta el Programa de limpieza y desinfección. Se solicita copia para su seguimiento y validez de la notificación.	2/	1	0	NA	
2.5. Encuentra desplagas lo realiza con una empresa Aplicadoras de plaguicidas terrestre, avalada por la autoridad sanitaria competente	2/	1	0	NA	
2.6. No hay Presencia de plagas (artrópodos, roedores, insectos)	2/	1	0	NA	
3. SALUD OCUPACIONAL					
3.1. Afiliación a ARL. Y EPS. Entregar soporte.	2/	1	0	NA	
3.2. Plan de evacuación ante una emergencia. Solicitar Copia documento	2/	1	0	NA	
3.3 Botiquín instalado limpio y dotado, adhesivos o gasas con insumos completos y vigentes para la prestación de primeros auxilios.	2/	1	0	NA	
3.4. Dotación de obligatoria de protección personal conforme a las actividad desarrollada. Solicitar Copia de constancia de entrega de EPP a empleados.	2/	1	0	NA	
4. ESPACIOS 100% LIBRES DE HUMO					
4.1. Exista un aviso en un lugar visible al público de acuerdo a la Ley 1335 de 2009 señalización visible al público que prohibición el consumo de cigarrillo.	2/	1	0	NA	
4.2. No cuenta con elementos que faciliten o promuevan el consumo de tabaco y sus derivados. (Ej: ceniceros, fósforos, encendedores, presencia de colillas, entre otros.	2/	1	0	NA	
Resultados Obtenidos (Sumatoria de columnas 2 y 1)					

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Hogar sostiene

Para el cumplimiento de las anteriores requerimientos se concede un plazo de _____días, contados a partir del _____ del mes del _____de _____de acuerdo a la Ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios. Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

CONCEPTO DE LA VISITA

CALIFICACION		RESULTADO OBTENIDO EN PORCENTAJE (%)
34 - 31	FAVORABLE (100% - 90%) X	100%
30 - 18	FAVORABLE CON REQUERIMIENTO (89% - 51%)	
17 - 0	DESFAVORABLE (50% - 0%)	

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA		PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	
NOMBRE	Angela Sofia Cabrera	NOMBRE	Paola Andrea Ulloa
CC.	1.080.233	CC.	
CARGO	Tec Sanitaria	CARGO	Tesorera
FIRMA		FIRMA	

Powered by 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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 de abril de 2024 y el 30 de septiembre del año 2024, Para este periodo no se manejan transportes y adecuado manejo de combustibles en la prestación de servicio.

Dado en 30 de Septiembre de 2024

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

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

Dado en 30 de SEPTIEMBRE de 2024

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que, durante el mes de SEPTIEMBRE del año 2024, LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO no conto con infraestructura que tenga trampas de grasa ni planta de tratamiento de agua.

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

Dado en 30 de septiembre de 2024

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE NOVEDADES

Por medio de la presente, se certifica que LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO cuenta con el Plan de Saneamiento y registros de cumplimiento.

Centros zonales: La Plata, Garzón y Pitalito, y se encuentra dentro de los parámetros trimestrales para ser ejecutado.

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

Dado en 30 de septiembre de 2024

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE
REPRESENTANTE LEGAL

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

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

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>**

RESPUESTA REQUERIMIENTO LA PLATA - VISITA UNIDAD DE SERVICIO DISNEY GARCIA

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com> 7 de octubre de 2024, 11:12 a.m.
Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>, Pricila.Rumique@icbf.gov.co, ana.sanchezg@icbf.gov.co, Edna Rocio Gaitan Mendez <edna.gaitan@icbf.gov.co>
CC: Fundacionsocialyotecuido@gmail.com

Neiva, 04 de octubre del 2024

Sres,
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Regional Huila
Ciudad

Por medio de la presente, Yudi Pahola Aguirre Losada identificada como aparece al pie de mi firma en calidad de representante legal de la fundación social yo te cuido con NIT.901.496.702 presentó respuesta al requerimiento; por tanto, me permito enviar adjunto documentación dando respuesta y dicha solicitud.

Agradezco el apoyo y quedo al tanto de cualquier orientación.

Cordialmente,

Yudi Pahola Aguirre Losada
Representante Legal

7 archivos adjuntos

Afiliacion SALUD NESTOR.pdf
227K

PDF Scanner 270924 4.56.10.pdf
422K

RESPUESTA REQUERIMIENTO LA PLATA (1).pdf
219K

CamScanner 04-10-2024 18.16.pdf
1660K

CamScanner 04-10-2024 18.12.pdf
2749K

CamScanner 04-10-2024 18.34.pdf
4212K

CamScanner 04-10-2024 18.20.pdf
13550K

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 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 septiembre del año 2024, asumió y cumplió de manera responsable todas las obligaciones correspondientes al contrato Nº 41-00210-2024, esto según las guías técnicas, manuales operativos y lineamientos dispuestos para el desarrollo de las acciones solicitadas

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

expide en Neiva el día 01 de octubre del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

EVASIÓN DE UNIDAD DEL MENOR JEAMPOLL DAVID OVALLE SALAMANCA

De <hsgestordecasopitalito@fundacionyotecuido.com>
Destinatario Cristina Molina <cristina.molina@icbf.gov.co>
Fecha 2024-09-11 11:53

INFORMACION JEANPOL POLICIA.jpg (~983 KB) JEANPOL 2.jpg (~942 KB)

DRA

CRISTINA MOLINA

Defensora de Familia.

Cordial saludo,

De manera respetuosa, desde la Fundación Social Yo Te Cuido, se pone en conocimiento la evasión del menor JEAMPOLL DAVID OVALLE SALAMANCA, según la información que suministró la Madre Sustituta YENI ANDREA ROJAS RAMOS, el menor estaba estudiando en la IE Guacacallo, y a la hora de salida a as 5:40 pm, al recogerlo, no se encontraba, al indagar a la maestra, menciona que estuvo muy ansioso durante la clase y no quiso realizar las tareas, cuando siempre lo había hechos y los compañeros de clase le manifestaron que a la hora de descanso, lo habían visto hablando con una pareja de adultos, la descripción relatada daba con los de la familia biológica.

Posterior a lo mencionado anteriormente, se activó ruta ante Policía de Infancia y Adolescencia de la zona rural via WhatsApp, ya que no fue posible a través de llamada telefónica, y también a la autoridad competente, en éste caso a su dependencia..

El equipo psicosocial de la fundación se encuentra realizando el informe respectivo a la evasión.

Se anexa el soporte de las acciones realizadas

Agradezco su atención y Colaboración,

Atentamente,

Derly Liliana Hoyos

Gestor de Caso

Fundación Yo Te Cuido.

INFORMACION JEANPOL POLICIA.jpg ~983 KB

JEANPOL 2.jpg ~942 KB

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, cumplió a cabalidad con el siguiente objeto del contrato "BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIÓN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.", teniendo como punto de partida todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad.

Se expide en Neiva el día 01 de octubre del 2024



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA

Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <yotecuidofundacionsocial@gmail.com>**

Evasión del adolescente Jesús abel rojas

1 message

dayana diaz <dayanita.0512@hotmail.com> Thu, Sep 12, 2024 at 9:28 PM
To: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <yotecuidofundacionsocial@gmail.com>

Cordial saludo
A quien pueda interesar

Me permito informar atravez de este correo sobre la evasión del adolescente Jesús abel rojas de 15 años de edad identificado con T.I 1077860338 de garzon huila
El día de hoy a las 5pm salio de la unidad de servicio llevandoce con sigo el celular nuevo de mi esposo ivan montaña al igual que la ropa del otro adolescente entre ella la de dotación inicial que fue sacada el día de aller

Ante esta situación como madre sustituta doy informe a la psicóloga de la fundación yo te cuido y paso a pasar el informe a policía infancia y adolescencia

Agradezco su atención y pronta respuesta



IMG-20240912-WA0057.jpeg
2261K

ABANDONO IRREGULAR NNA M.C.R.P

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <trabajosocialyotecuido.garzon@gmail.com>

sáb, 7 de sept de 2024 a la hora 5:15 p. m.

Para: Irma Almario <Irma.Almario@icbf.gov.co>, Gestordecasoyotecuido Garzon <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>, Comisariadefamilia <comisariadefamilia@garzon-huila.gov.co>, psicologiayotecuido.garzon@gmail.com <psicologiayotecuido.garzon@gmail.com>

Garzón, Huila

Doctora,

Ingrid Yohana Castro Guenis

Comisaria de familia Garzón- Huila

Cordial saludo,

A continuación, se da a conocer el abandono irregular de la adolescente **MARIA CAMILA ROSO PERDOMO** identificada con tarjeta de Identidad número, 1.077.860.338, de 13 años, vinculada a la modalidad Hogar Sustituto en la unidad de servicios de la señora ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS, identificada con CC. 55.062.718, situación presentada el 05 de septiembre de 2024, alrededor de las 12:15 Pm, es de mencionar que ya se realizó la respectiva activación de ruta con Policía de Infancia y Adolescencia del municipio de Garzón en favor de la adolescente.

Lo anterior para su conocimiento y demás fines pertinentes,

Atentamente,

EQUIPO PSICOSOCIAL

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

GARZON (H)

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

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	**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 septiembre del año 2024, no recibió ningún requerimiento efectuado por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato; sin embargo, una vez la fundación social yo te cuido llegue a ser requerida esta presentará la información solicitada y dará respuesta de manera inmediata a las requerimiento allegados.

Se expide en Neiva el día 01 de octubre del 2024



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA

Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <yotecuidofundacionsocial@gmail.com>**

RV: VISITA US DISNEY GARCIA

1 message

Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co> Fri, Sep 27, 2024 at 1:56 PM
To: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <yotecuidofundacionsocial@gmail.com>, "laplatahuilagestoradecaso@gmail.com" <laplatahuilagestoradecaso@gmail.com>
Cc: Diana Paola Puliche Mendez <Diana.Puliche@icbf.gov.co>, Edna Rocio Gaitan Mendez <Edna.Gaitan@icbf.gov.co>, Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>

Buenas tardes, remito par su respuesta a partir de la fecha de su recibo.

Cordialmente,

20244700300010341 (1).pdf
188K

Al contestar cite este número

Radicado No: 2024470030000100341

La Plata, Huila 6 de Septiembre del 2024

Señora
YUDY PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal
Fundación Social yo te cuido
Calle 13 No. 5E – 34
La Plata -Huila
fundacionsocialyotecuido@gmail.com

Asunto: Requerimiento – Presunto Incumplimiento de las obligaciones contractuales suscritas en el contrato de aportes N° 4100-210-2024 entre el ICBF y Fundación Social yo te cuido sede administrativa en el municipio de La Plata.

Cordial saludo,

En calidad de Supervisora del Contrato de Aporte No. 4100-210-2024 del 01 de abril del mismo año, suscrito entre el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF Regional Huila y Fundación Social yo te cuido**, en la modalidad de Hogar Sustituto Vulneración y discapacidad, ejecutado en el municipio de La Plata, con ubicación de sede administrativa en Calle 13 No. 5E – 34, conforme a lo prescrito en el **ARTÍCULO 84. FACULTADES Y DEBERES DE LOS SUPERVISORES - LEY 1474 DE 2011, así como del PROCEDIMIENTO PARA ADELANTAR LA SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS SUSCRITOS POR EL ICBF**, respetuosamente me dirijo a usted con el fin de emitir REQUERIMIENTO frente al presunto incumplimiento de las obligaciones contractuales evidenciadas una vez se finalizó visita de seguimiento mensual a la Unidad de servicio de la Señora DISNEY GARCIA GUALTEROS por parte de la profesional delegada desde el Centro Zonal de La Plata para llevar a cabo el acompañamiento y verificación en garantía de la atención para los niños, niñas y adolescentes vinculados a la modalidad de Hogar Sustituto, pero sobre todo el cumplimiento del objeto contractual, el cual refiere: BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE

RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO – VULNERACIÓN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

Como resultado del seguimiento efectuado, se evidencia que el usuario Néstor Gabriel Murcia Galvis ingreso a la unidad el día 08/07/2024 ubicado por la Doctora Erika Marcela Sáenz Rivera Comisaria de familia del Agrado, la Madre Sustituta en su rol de cuidadora, está administrando el medicamento risperidona capsula y no en solución oral, como lo ordena el psiquiatra, se revisa orden médica y es la misma cantidad que suministra, sin embargo, no se cumple la orden del especialista, se sugiere, a la cuidadora revisar las ordenes medicas e informar al psiquiatra, actualmente se encuentra en trámite la cita con dicha especialidad.

Si bien es cierto, se advierte el presunto incumplimiento en obligaciones contractuales las cuales se exponen a continuación:

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

ANEXO No. 1 PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES MODALIDADES RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS (pág.: 2).

COMPONENTE GENERAL

1. Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato.

2. Cumplir con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales. operativos, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad bajo su propia responsabilidad.

COMPONENTE TECNICO

10) Contar con mecanismos de control dentro de los hogares sustitutos para asegurar que los medicamentos estén fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes y se suministren de acuerdo con lo indicado en la fórmula médica expedida por la EAPB, Lo anterior, debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto. Además, que no tengan acceso a objetos cortopunzantes, armas de

fuego y demás materiales con lo que se pueda atentar contra con su integridad personal o la de los demás. Lo anterior. Debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto

En conclusión resulta necesario, que la Entidad prestadora del servicio establezca las acciones correctivas y de mejora de manera inmediata, puesto que, de continuar con el mismo suministro del medicamento tal vez se pueda generar reacciones diferentes al tratado exclusivo en el diagnóstico médico razón por la cual, se les requiere haciendo uso de este medio, para que se aclare, se verifique y se establezcan las acciones a las que dé lugar en un tiempo máximo de 5 DIAS hábiles contados a partir de la fecha de recepción del oficio.

NOTA: Todo oficio y comunicación escrita deberá venir firmada por el Representante Legal de la EAS.

Atentamente,

CLAUDIA LILIANA VIDAL FLORIANO
Coordinadora centro zonal La Plata
ICBF - Regional Huila
Supervisora del contrato

Elaboró y proyecto: Edna Rocío Gaitán Méndez, Abogada apoyo a la supervisión.
Revisó y Aprobó: Claudia Liliana Vidal Floriano. Coordinadora Centro Zonal La Plata

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>**

REPORTE MENSUAL DAÑO ANTIJURIDICO

1 mensaje

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com> 3 de octubre de 2024, 7:06 p.m.
Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>, irma.almario@icbf.gov.co, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>
CC: Yuly.Montealegre@icbf.gov.co, COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>

Cordial saludo estimadas supervisoras

De manera respetuosa, me permito enviar adjunto certificación de situaciones de daño antijurídico del mes de Septiembre del año 2024; es de resaltar que en los municipios de Garzon y PITALITO NO se presentaron situaciones relacionadas al daño Antijurídico. De igual manera, en el municipio de la Plata el dia 10 de septiembre del año 2024 se presentó una situación de daño antijurídico el cual fue reportado de manera comedida a la autoridad administrativa y supervisión del contrato correspondiente

Quedando Atenta

Agradezco el apoyo

PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ
COORDINADORA
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

2 archivos adjuntos

Certificado Daño Antijuridico La Plata.pdf
140K

Certificado Daño Antijuridico .pdf
140K

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

Revisión costo fijo planillas SEPTIEMBRE CTO 41002102024- FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

1 mensaje

COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com> 2 de octubre de 2024, 8:24 a.m.
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <irma.almario@icbf.gov.co>, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>, Claudia Liliana Vidal Floriano <claudia.vidal@icbf.gov.co>, Lina Maria Cubillos Salazar <linam.cubillos@icbf.gov.co>
CC: Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>, Claudia Milena Gonzales Javela <claudia.gonzales@icbf.gov.co>, Layla Yeline Betancourt Piamba <layla.betancourt@icbf.gov.co>, Rocio Del Pilar Sanchez Fierro <rocio.sanchez@icbf.gov.co>, maryi.vargas@icbf.gov.co

Doctoras
Irma Almario
Leidy Sanchez
Claudia Vidal
Coordinadoras/Supervisoras del Contrato
Lina Maria Cubillos
Profesional GAT

Cordial Saludo,

Por medio de la presente envío planillas de atención para su respectiva verificación y aprobación de las planillas adjuntas correspondientes al mes de Septiembre, lo anterior para dar cumplimiento a la fecha de pago de las madres sustitutas.

Quedo atento a cualquier inquietud.

--
Atentamente,

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

Rev Costo fijo Planilla HS YO TE CUIDO SEPTIEMBRE CT 41002102024.xlsm
444K

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

RV: Revisión costo fijo planillas SEPTIEMBRE CTO 41002102024- FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

3 mensajes

Layla Yeline Betancourt Piamba <Layla.Betancourt@icbf.gov.co> 2 de octubre de 2024, 2:20 p.m.
Para: COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, Lina Maria Cubillos Salazar <LinaM.Cubillos@icbf.gov.co>, Gisla Tatiana Silva Vargas <Gisla.Silva@icbf.gov.co>
CC: Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>

Buenas tardes,

De manera atenta, me permito remitir la planilla de HS Septiembre, correspondiente al centro zonal Pitalito,

Muchas gracias,

Layla Yeline Betancourt Piamba

Profesional Universitario- Promoción y Prevención

ICBF Centro Zonal Pitalito – Regional Huila

Carrera 15 No 1-84 Barrio Halcones, Pitalito – Huila

Teléfono: 608 8369220 Ext. 841000

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>
Enviado el: miércoles, 2 de octubre de 2024 8:47 a. m.
Para: Claudia Johanna Bautista Ramos <ClaudiaJ.Bautista@icbf.gov.co>; Estefania Herrera Rios <Estefania.Herrera@icbf.gov.co>
Asunto: RV: Revisión costo fijo planillas SEPTIEMBRE CTO 41002102024- FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Buenos días, estimadas compañeras.

Espero todo marche muy bien. De forma comedida me permito acudir a sus buenos oficios para verificar cupos asignados en Modalidad Hogar Sustituto Vulneración y Discapacidad con Defensorías de Familia.

Agradezco de antemano su atención.

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Leidy Alejandra Sánchez Villarreal
Profesional Universitario
Coordinadora
ICBF Centro Zonal Pitalito
Carrera 15 N° 1 – 84, Barrio San Mateo
Teléfono: 608 8369220 Ext. 841000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>
Enviado el: miércoles, 2 de octubre de 2024 8:24 a. m.
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>; Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>; Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>; Lina Maria Cubillos Salazar <LinaM.Cubillos@icbf.gov.co>
CC: Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>; Claudia Milena Gonzales Javela <Claudia.Gonzales@icbf.gov.co>; Layla Yeline Betancourt Piamba <Layla.Betancourt@icbf.gov.co>; Rocio Del Pilar Sanchez Fierro <Rocio.Sanchez@icbf.gov.co>; Maryi Katerin Vargas Uni <Maryi.Vargas@icbf.gov.co>
Asunto: Revisión costo fijo planillas SEPTIEMBRE CTO 41002102024- FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Doctoras

Irma Almario

Leidy Sanchez

Claudia Vidal

Coordinadoras/Supervisoras del Contrato

Lina Maria Cubillos

Profesional GAT

Cordial Saludo,

Por medio de la presente envío planillas de atención para su respectiva verificación y aprobación de las planillas adjuntas correspondientes al mes de Septiembre, lo anterior para dar cumplimiento a la fecha de pago de las madres sustitutas.

Quedo atento a cualquier inquietud.

--

Atentamente,

Fabian Andres Lamilla G.

Coordinador Hogares Sustitutos

Fundación Social Yo Te Cuido
Cel. 3147846983

2 archivos adjuntos



image002.png
32K

SEPTIEMBRE PLANILLA HS CZ PITALITO.pdf
295K

Claudia Milena Gonzales Javela <Claudia.Gonzales@icbf.gov.co> 4 de octubre de 2024, 8:59 a.m.
Para: COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>
CC: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>

Buenos días

Adjunto remito planillas de pago de hogar sustituto del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

CLAUDIA MILENA GONZALEZ JAVELA
Contratista
Técnico Defensoría de Familia
ICBF Sede Regional Huila – Centro Zonal La Plata
Calle 5B No 9ª – 05 B/Villa Isabela
Teléfono: 608 8371127 Ext. 842002
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>
Enviado: miércoles, 2 de octubre de 2024 14:53
Para: Claudia Milena Gonzales Javela <Claudia.Gonzales@icbf.gov.co>
Asunto: RV: Revisión costo fijo planillas SEPTIEMBRE CTO 41002102024- FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

De: COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>
Enviado el: miércoles, 2 de octubre de 2024 8:24 a. m.
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>; Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>; Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>; Lina Maria Cubillos Salazar <LinaM.Cubillos@icbf.gov.co>
CC: Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>; Claudia Milena Gonzales Javela <Claudia.Gonzales@icbf.gov.co>; Layla Yeline Betancourt Piamba <Layla.Betancourt@icbf.gov.co>; Rocio Del Pilar Sanchez Fierro <Rocio.Sanchez@icbf.gov.co>; Maryi Katerin Vargas Uni <Maryi.Vargas@icbf.gov.co>
Asunto: Revisión costo fijo planillas SEPTIEMBRE CTO 41002102024- FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

[Texto citado oculto]

---

2 archivos adjuntos

Rev Costo fijo Planilla HS YO TE CUIDO SEPTIEMBRE CT 41002102024.xlsm
444K

HOGAR SUSTITUTO SEPTIEMBRE.pdf
132K

COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO 4 de octubre de 2024, 9:37 a.m.
<coordinador1yotecuido@gmail.com>
Para: Gisla Tatiana Silva Vargas <gisla.silva@icbf.gov.co>
CC: Lina Maria Cubillos Salazar <linam.cubillos@icbf.gov.co>, Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>, Luis Alfonso Rojas Uni <Luis.RojasU@icbf.gov.co>

Buenos días Gisla Tatiana

Respetuosamente me permito remitir las planillas firmadas y verificadas por cada una de las coordinadoras de los centros zonales de Garzón, Pitalito y La Plata, para la respectiva verificación y validación de los costos fijos correspondientes a la prestación del servicio del mes de septiembre.
[Texto citado oculto]

---

5 archivos adjuntos

Planilla HS YO TE CUIDO SEPTIEMBRE CZ GARZON.pdf
75K

SEPTIEMBRE PLANILLA HS CZ PITALITO.pdf
295K

Gmail - RV_ REVISION COSTO FIJO CONTRATO 41002102024 GARZON.pdf
226K

HOGAR SUSTITUTO SEPTIEMBRE LA PLATA.pdf
132K

Rev Costo fijo Planilla HS YO TE CUIDO SEPTIEMBRE CT 41002102024.xlsm
444K

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

Se expide en Neiva el día 02 de Octubre del 2024



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA

Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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 al 30 de septiembre del año 2024, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, no presentó ningún hecho o circunstancia que pueda constituir actos de corrupción como conductas punibles o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato.

Se expide en Neiva el día 02 de Octubre del 2024



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA

Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

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

Entidad Estatal

ICBF REGIONAL HUILA

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

FUNDACIÓN YO TE CUIDO

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Neiva

Cuenta bancaria del proveedor

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

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

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

Aprobador – Entidad Estatal

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

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_6151147_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_6151147_En ejecución

Información del objeto

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

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, no se recibió solicitud ninguna dadiva que favorezca la prestación del servicio de la modalidad de acogimiento familiar– Hogar Sustituto en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata,

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

Se expide en Neiva el día 02 de octubre del 2024



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA

Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

Se expide en Neiva el día 02 de Octubre del 2024



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA

Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Documentos Tipo

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

Decreto 248 de 2021

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

Sentencia T-302 de 2017

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

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega Como acordado previamente

El contrato puede ser prorrogado ○ Sí ○ No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías? ◉ Sí ○ No

Garantías por lotes, grupos o etapas ○ Sí ◉ No

Seriedad de la oferta ○ Sí ○ No

Cumplimiento ◉ Sí ○ No

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

Responsabilidad civil extra contractual ◉ Sí ○ No

◉ No. de SMMLV 300

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

Fecha límite para entrega de garantías:

Garantías del proveedor:

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

Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ○ Sí ◉ No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura A definir

Comentarios

Comentarios

Anexos del contrato

Descripción

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Calle 21 # 1E-40

Ubicación CO-HUI-41001 - Neiva

País COLOMBIA

Departamento Huila

Municipio Neiva

Dirección Calle 21 # 1E-40

Código postal

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

Municipio de ejecución del contrato

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	01	61-44-101053750	0

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

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

CONFLUENT DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 41002102024 REFERENTE A: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRARAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACION Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

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

ACLARACIONES

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

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

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

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

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

61-44-101053750

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

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

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

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · éxito · Olímpica · Cafam · Colsubsidio

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

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

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

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***6,209,964.00	$ ******20,000.00	$ ***1,183,693.00	$ *********7,413,658.00	$ ****1,224,857,634.80	CONTADO

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

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 39 LOCAL 101 - TELEFONO: 8721717 - NEIVA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)110150032316243900)0000074136581(96)20250401

REFERENCIA PAGO: 110150032316243

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

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

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

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	NIT: 901.496.702-9

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 11 NRO. 3 - 80	NEIVA, HUILA	3206193497

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA	NIT: 899.999.239-2

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CIRCUNVALAR CALLE 21	NEIVA, HUILA	8604700

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

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-9-06-00000-8-RCE-002A-D001 / 31-03-22-1329-9-06-00000-8-RCE-001P-D001, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 41002102024 REFERENTE A: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACION Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

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

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

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

ACLARACIONES

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

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

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

61-40-101019547

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Oreda - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

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

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

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

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

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

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

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

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 39 LOCAL 101 - TELEFONO: 8731717 - NEIVA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709990211671(8020)1101500323163(3900)0000083120(96)20250401

REFERENCIA PAGO: 1101500323163-1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

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

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

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

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

61-44-101053750

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Powered by CamScanner

J&J SEGUROS

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *9*	
Hora: 8:30 am	**Fecha:** 20 de Septiembre del 2024
Lugar:	**Sede Administrativa Fundación Social Yo Te Cuido**
Dependencia que Convoca:	**Fundación Social Yo Te Cuido – Equipo Interdisciplinario**
Proceso:	**Misional – Protección – Restablecimiento de Derechos.**
Objetivo:	**Informar a los padres y familias biológicas o red vincular sobre las consecuencias del uso excesivo de pantallas en niños, niñas y adolescentes, y proporcionar herramientas para un uso saludable y equilibrado.**

Agenda:

- Saludo de Bienvenida
- Desarrollo
- Decisiones
- Compromisos

Saludo de Bienvenida:

Saludo, Se da inicio a la reunión a las 8:30 am con la presencia de los siguientes participantes familias Biológicas, Se agradece a todos por su asistencia y participación en este importante encuentro.

Desarrollo:

Charla Informativa: Se da la bienvenida a cada uno de los padres de familia los cuales hacen parte importante de cada proceso PARD, se indica por medio de una charla informativa las consecuencias físicas, emocionales y sociales que se pueden adquirí si permitimos el avance de esto.

Consecuencias Físicas:

Problemas de visión (fatiga ocular, miopía).

Sedentarismo y sus efectos en la salud (obesidad, debilidad muscular).

Consecuencias Emocionales:

Aumento de ansiedad y depresión.

PÚBLICA

Dificultades en la regulación emocional.

Consecuencias Sociales:

Aislamiento y problemas en la interacción social.

Impacto en las habilidades de comunicación.

Consecuencias Cognitivas:

Dificultades en la concentración y el aprendizaje.

Reducción de la creatividad y la imaginación.

Dinámica Interactiva:

Se permite un espacio para discutir experiencias personales sobre el uso de pantallas en casa.

Compartir estrategias que han funcionado en sus familias.

Recomendaciones Prácticas:

Establecer límites de tiempo de uso de pantallas.

Fomentar actividades al aire libre y el juego físico.

Crear un ambiente de conversación sobre los contenidos consumidos.

Cierre:

Resumen de los puntos clave discutidos.

Espacio para preguntas y respuestas.

Entrega de Material:

PÚBLICA

Folleto informativo con estadísticas y recomendaciones sobre el uso de pantallas.



Decisiones:

La actividad fue bien recibida por los padres, quienes mostraron interés en establecer prácticas más saludables en el uso de pantallas.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





PÚBLICA

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Yuri Alejandra rodriguez	mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Alejandra
Hellyr [illegible]	padrastro	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Hellyr
Maria Eneida Rojas	Mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Ma Rojas
Huber Chantre	Papá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Huber Chantre
Carolina Garcia	Mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	—
Duver Antonio Urtado	Papá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	—
Noe Molina A	Papá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Noe Molina
LUZ Piedad	MAMÁ	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Luz Piedad
Alexander Garzon Jimenez	Papá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	[illegible]
Sandra Patricia Quiro	mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Sandra Patricia
Marco Yaquinó	papa	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Marco Yaquinó
R[illegible]	R[illegible]	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Rue
Carlos Fabian	Hermano	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	—
Eganí Yolegri7	Cuñada	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Auva
Auva montota	mama	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	[illegible]
Angie Perez	MAMA	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	[illegible]
Lic Marina Jael Gómez	Tutora	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Lic Marina Jael
Leidy Yohana Paz B.	Mama	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Leidy Yohana Paz
Leonel de Fuentes	mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Leonel de Fuentes
Katy lorena Sanchez	hermana	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Katy lorena S.
		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° 6	
Hora: 10:00 a.m	**Fecha: 20 de septiembre de 2024**
Lugar:	Fundación Social Yo Te Cuido
Dependencia que Convoca:	Gestor de caso
Proceso:	Misional – Protección – Restablecimiento de derechos
Objetivo:	Informar a los padres y familias biológicas o red vincular sobre las consecuencias del uso excesivo de pantallas en niños, niñas y adolescentes, y proporcionar herramientas para un uso saludable y equilibrado.

Agenda:

1. Saludo de bienvenida.
2. Desarrollo.
3. Decisiones y compromisos.

1. Siendo las 10:00 AM se dio inicio al encuentro formativo a padres y madres biológicos, se inició con un cordial saludo a cargo La gestora de caso Laura Ximena Losada de la Fundación Social Yo Te Cuido, quienes dan a conocer el tema a trabajar el día de hoy "Consecuencias del uso de pantallas en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
2. Se realiza una actividad rompe hielo para todos los participantes, tanto para madres, padres biológicos donde se les pide que menciones como influye positivamente y negativamente uso de las pantallas en las NNA de cada uno de ellos. Es aquí donde varios padres y madres reportan aspectos de la cotidianidad y las consecuencias que han causado el uso de lo mencionado, en su mayoría participan dando a conocer aspectos negativos. El señor Esper Gonzales dice "*Ellos se vuelven rebeldes, hablan con personas desconocidas*".

   La gestora de caso retroalimenta con las ideas que ellos han manifestado. El cerebro no termina de formarse hasta más allá de la adolescencia. La mielina es una sustancia que recubre los axones de las neuronas, lo que permite la adecuada conexión entre ellas. Las personas que dedican mucho tiempo a las pantallas tienen niveles más bajos de mielina. Nuestro cerebro, ante una pantalla, genera cortisol y dopamina.

   El cortisol es la hormona del estrés. Una cantidad apropiada de ella es buena, pero, en exceso genera ansiedad.

   La dopamina es la hormona del placer. Hace que nos gusten las cosas. En exceso, es la causante de las adicciones.

Powered by CamScanner

La melatonina es la hormona del sueño. La luz azul de los dispositivos móviles la altera y genera problemas para dormir.

CONSECUENCIAS DEL USO LAS PANTALLAS

- Son un obstáculo para la creación del vínculo de apego seguro.
- Produce sobre estimulación y por tanto falta de atención.
- Cada vez necesitan estímulos más fuertes para captar y mantener su atención.
- Generan dependencia, igual que una droga.
- Hacen que los niños/as tengan poca tolerancia a la frustración.
- Disminuye la capacidad de asombro.
- Falta de relación con otros y por tanto no desarrollan habilidades socioemocionales. Provocan impaciencia y dificultan el autocontrol. Entorpecen el desarrollo del lenguaje y motricidad.

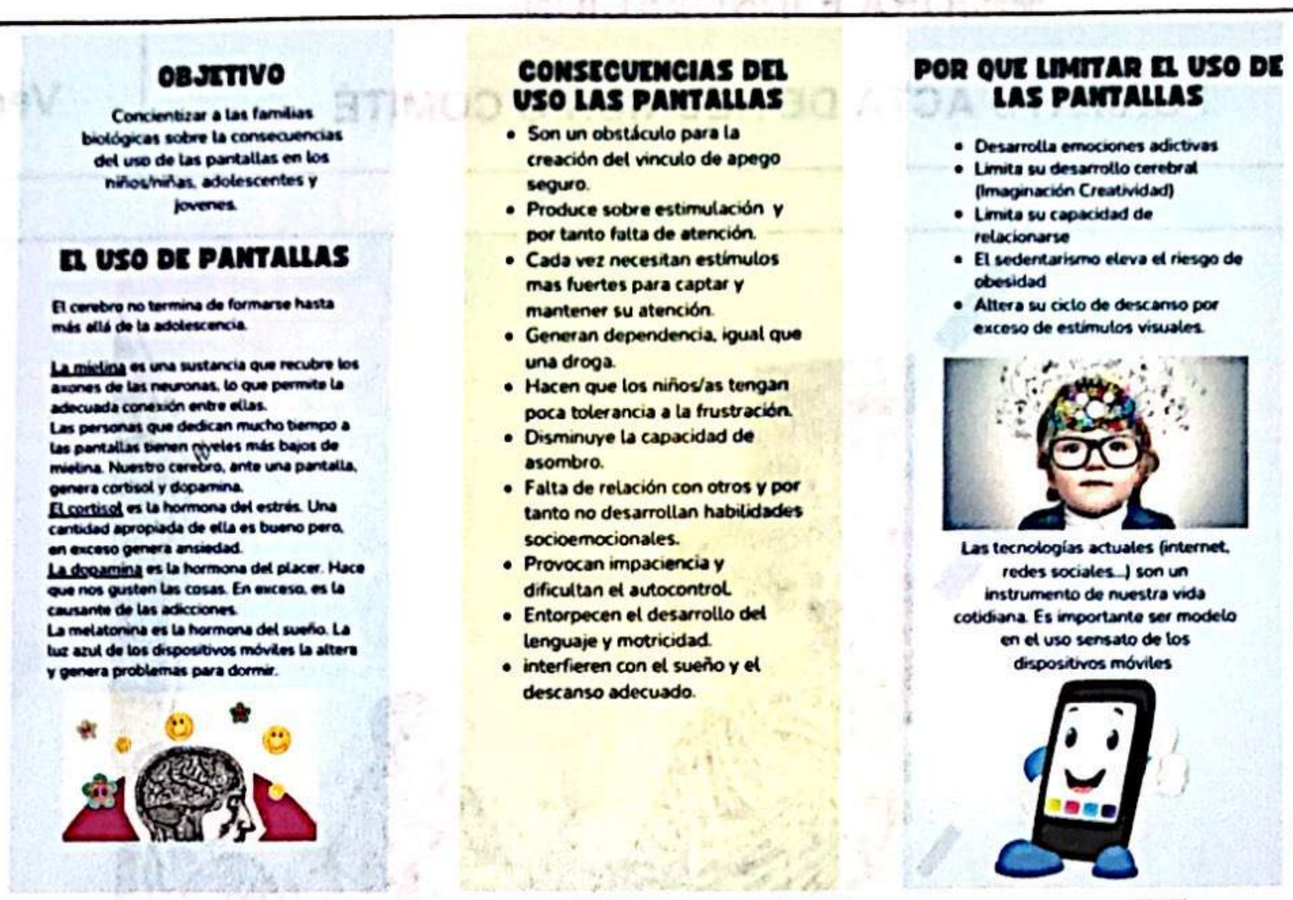
POR QUE LIMITAR EL USO DE LAS PANTALLAS

- Desarrolla emociones adictivas
- Limita su desarrollo cerebral (Imaginación Creatividad)
- Limita su capacidad de relacionarse
- El sedentarismo eleva el riesgo de obesidad
- Altera su ciclo de descanso por exceso de estímulos visuales.

La gestora de caso hace entrega a cada una de las familias un folleto en donde se encuentra plasmada toda la información brindada.



Powered by CamScanner



3. Los padres/madres se comprometen ha guiar, orientar a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes para hacer uso adecuados de las pantallas. Se da por finalizada la jornada a las 4:00p.m

Evidencias fotografías



Powered by CamScanner



Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Continuar con los encuentros biológicos acordados, esto con el objetivo de lograr fortalecer vínculos afectivos de los NNA hacia sus padres, madres y cuidadores	Gestor de caso	Permanente

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

¡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

FB.P1.MI	12/08/2024
Versión 9	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Público	

ACTIVIDAD: Consecuensias del uso de pantallas en NNA FECHA 20 de septiembre

HORA INICIAL: 8:00 am HORA FINAL: 4:00 pm LUGAR Yo te cuido

DEPENDENCIA LIDER: fundación Social 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	YUDI MARCELA B	1070 975313		Yo te cuido	Huila	La Plata			3102137898		Yudi Marcela	
2	Mayorly Pinchao	1193585 762		Yo te cuido	Huila	La Plata					Mayorly	
3	edgar vargas	108026 5645		Yo te cuido	Huila	La Plata					edgar v.	
4	Roberto Sanchez	1061819 438		Yo te cuido	Huila	La Plata			3222906088		ROBERTO JOSE	
5	Yorgelis Josefina	26447591		Yo te cuido	Huila	La Plata					Yorgelis Josefina	
6	Aluenis Alvira	26522896		Yo te cuido	Huila	La Plata					Aluenis	
7	Juan camilo volveras	1079388845		Yo te cuido	Huila	La Plata			3144325956		Juan camilo volveras	
8	JOSE RICARDO			Yo te cuido	Huila	La Plata			3232471423		Jose Ricardo	
9	Maria Orlanda Marin	26629355		Yo te cuido	Huila	La Plata			3203821170		Maria Orlanda M.C.	
10	Yolima Ordoñez	1673229076		Yo te cuido	Huila	Neiva			3507816310		Yolima ordoñez	
11	Yeiner Bohorquez	13407761		Yo te cuido	Huila	La Plata					BORJA	
12	ACENETH GUTIERREZ	52471346		Yo te cuido	Huila	La Plata			3102498586		ACENET	
13	Misladis yogue	1002855498		Yo te cuido	Huila	La Plata			3209322182		Misladis	
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

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: *3:00 P.M*	Fecha: *27-09-2024*
Lugar:	Oficina Fundación Social yo te cuido
Dependencia que Convoca:	Coordinadora Fundación Social yo te cuido
Proceso:	MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
Objetivo:	El objetivo de esta reunión es Socializar con la Familia biológica y/o extensa, de los NNA, para analizar y reflexionar sobre las consecuencias del uso de pantallas, promoviendo un uso saludable y equilibrado de la tecnología en su desarrollo integral.

Agenda:

- 1. Presentación.
- 2. Saludo de bienvenida.
- 3. Presentación del tema.
- 4. Compromisos y varios.
- 6. Conclusiones.

Desarrollo: Se inicio la jornada del espacio de fortalecimiento con el saludo por parte de la Gestor de Caso del operador Fundación Social Yo te cuido indicando el tema a tratar durante la jornada, que tiene como propósito educar y orientar a las Familias biológicas y/o extensas, en temas de fortalecimiento Familiar.

Posteriormente se realiza una dinámica de la siguiente manera:

1. **Introducción:** Breve presentación sobre el impacto del uso de pantallas en el desarrollo físico, emocional y social de los NNA.
2. **Trabajo en Grupo:** Se formaron grupos para discutir situaciones específicas y compartir sus observaciones sobre el uso de pantallas.
3. **Plenaria:** Cada grupo expuso sus conclusiones y se generó un diálogo enriquecedor entre todos los participantes.
4. **Cierre Reflexivo:** Se culminó con una reflexión grupal sobre las implicaciones del uso de pantallas y la importancia de establecer límites.

Después se profundiza en la conceptualización, haciendo énfasis en:

1. Efectos Físicos

- **Sedentarismo:** Aumento del tiempo sedentario, lo que puede contribuir a problemas de obesidad.

Scanned with CamScanner

- **Problemas Visuales:** Riesgo de fatiga visual, síndrome de visión por computadora y problemas de enfoque.
- **Alteraciones del Sueño:** Uso de pantallas antes de dormir puede interferir con la calidad del sueño.

2. Efectos Cognitivos

- **Desarrollo Cognitivo:** Puede afectar la atención y la capacidad de concentración, un uso excesivo puede reducir la habilidad para realizar tareas que requieren pensamiento crítico.
- **Dificultades Académicas:** El exceso de tiempo en pantallas puede estar relacionado con un menor rendimiento académico.

3. Efectos Emocionales

- **Ansiedad y Depresión:** Exposición a redes sociales y contenido negativo puede aumentar la ansiedad y los síntomas de depresión.
- **Problemas de Autoestima:** Comparaciones sociales y ciber acoso pueden afectar la autoimagen y la confianza en sí mismos.

4. Efectos Sociales

- **Dificultades en la Socialización:** Puede reducir las interacciones cara a cara y habilidades sociales, dificultando la formación de relaciones saludables.
- **Ciberacoso:** Aumento del riesgo de bullying en línea, lo que puede tener consecuencias graves en la salud mental de los NNA.

5. Impacto en la Familia

- **Relaciones Familiares:** El tiempo excesivo en pantallas puede disminuir la calidad del tiempo en familia y las interacciones interpersonales.

Para el desarrollo del taller se elaboró como metodología un folleto ilustrativo, que contiene todo lo socializado anteriormente.





Scanned with CamScanner





Conclusiones

- El uso excesivo de pantallas puede tener consecuencias negativas en la salud física y mental de los NNA, afectando su desarrollo integral.
- Es esencial encontrar un equilibrio que permita a los NNA disfrutar de los beneficios de la tecnología sin comprometer su bienestar.
- La participación activa de padres, educadores y la comunidad es crucial para guiar a los NNA hacia un uso saludable de las pantallas.

Al finalizar el taller, los participantes se comprometen a:

- Establecer Límites: Fomentar la creación de acuerdos familiares sobre el tiempo y el tipo de uso de pantallas.
- Promover Actividades Alternativas: Incentivar actividades al aire libre y juegos físicos como alternativas al tiempo frente a pantallas.
- Monitorear el Uso de Pantallas: Evaluar periódicamente el impacto del uso de pantallas en el comportamiento y bienestar de los NNA. Compromisos

Se da por finalizada la actividad a las 4:00 pm, agradeciendo la participación y compromiso frente a ambientes de cuidado, protección de NNA.

Scanned with CamScanner

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Poner en práctica lo socializado	Familia Biológica y/o extensa	*Permanente*
Realizar acompañamiento educativo a familias biológicas y/o extensa	*Equipo Interdisciplinarios*	*Permanente*

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Derly Liliana Hoyos Muñoz	Gestor de Caso	FS Yo te Cuido	
Próxima reunión POR DEFINIR	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
Colaborador que elabora el acta:	DERLY LILIANA HOYOS MUÑOZ		

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FO.PI.48	12/06/2024
Versión 8	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

ACTIVIDAD: Consecuencias del uso de pantallas. FECHA: 27/09/2024

HORA INICIAL: 3 pm HORA FINAL: 4 pm. LUGAR: FS 40 tecuide.

DEPENDENCIA LIDER: Daly Liliana Hoyos – Gestor de Casa.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			ASI	FIRMA
1	Paola Andrea Sanchez	1081515592	FB.	—	Huila	Pitalito	—	—	3228530293	—	—	Paola sanchez
2	Golden Campo Mosquera	1078354636	FB	—	Huila	Pitalito	—	—	3018229534	—	—	Golden CM
3	Adriana Lucia Perea	1007562044	FB	—	Huila	Pitalito	—	—	—	—	—	Adriana Lucia P
4	Angelica Perez Arcos	1083899426	FB	—	Huila	Pitalito	—	—	3108661062	—	—	
5	Yeimy Liceth Arcos	1007582054	FB	—	Huila	Pitalito	—	—	3227826144	—	—	Yeimi Arcos
6	Adriana Isabel Perez	40778366	FB	—	Huila	Pitalito	—	—	3227826144	—	—	Anis Perez A
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

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

Scanned with CamScanner

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

FECHA: 27/09/2024 HORA: 3:00 PM

LUGAR: FS Yo te cuido. TEMA: Conexiones Uso Pantallas.

DATOS DEL CAPACITADOR: Derly Arroyo - 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:				
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Scanned with CamScanner

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

FECHA: 27/09/2024 HORA: 3:05PM.

LUGAR: ES 4D de Cuido. TEMA: Consecuencias Laborales.

DATOS DEL CAPACITADOR: Dedy Hayes - 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:				
12. Tienes alguna sugerencia que mejoraría este curso.				

Scanned with CamScanner

Gmail **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>**

SOLICTUD DE APOYO Y ORIENTACION

4 mensajes

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com> 25 de septiembre de 2024, 4:38 p.m.

Para: irma.almario@icbf.gov.co, adriana.patino@icbf.gov.co
CC: COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, Karol.Campos@icbf.gov.co, psicologiayotecuido.garzon@gmail.com

Cordial saludo

Doctora Irma, la fundación social yo te cuido con preocupación reporta la situación que se está presentando con la niña ANA SOFÍA RIVERA, de 10 años de edad, T.I 1.145.730.529, autoridad administrativa comisaria de familia de Garzon, doctora Karol Campos, fecha de ingreso a la modalidad 11 de septiembre del 2024, con la señora Paola Fragua, según reportó el equipo psicosocial la madre sustituta solicito cambio porque encontró a la niña dándole un beso en la boca a otro usuario de cinco años , cuando se le hizo la retroalimentación sobre los actos inadecuados la niña indicó que ella tenia una relacion con el niño. El equipo contando con la autorización de la autoridad administrativa realizó el cambio para la unidad de servicio de la señora Sandra Milena Calderón, el día 12-09-2024.

Para la fecha del 19-09-2024, la señora Sandra hace llegar oficio al equipo del operador solicitando de nuevo cambio de la niña, según ella la niña ha mencionado que no le agrada que ella sostenga su mano cuando se encuentran en una vía pública para pasar la calle, y en atención por psicología en la eps la niña mencionó que a ella solo le gusta que los hombre le sostengan la mano, también menciona que la niña estaba enamorada del policía Martin, es importante resaltar que desde el operador se le ha brindado la sensibilización a la madre sustituta para darle manejo a la situación mencionada por la niña, puesto que los hechos que dieron el ingreso de ANA SOFIA a la medida de protección están relacionados con sus actos, por lo que se le pide empatía y paciencia, así mismo la usuaria está recibiendo acompañamiento por el equipo psicosocial del operador y atención por psicología por la EPS, buscando que la niña fortalezca su autoconcepto, habilidades de cuidado y autoprotección , resignificación de eventos de violencia a los que ha sido expuesta.

Desde el pasado jueves 19-09-2024 el equipo psicosocial del operador , ha realizado la búsqueda de una unidad de servicio donde se pueda reubicar la niña , sin lograr respuesta oportuna de ninguna de las madres, observando así negación a apoyar con el cuidado y restablecimiento de derechos de la usuaria.
Se realizó un sondeo con cada unidad de servicio, encontrando que la señora Marley Fragua, con dos adolescentes .
Rosa Terrios, con usuarios de 6 y 3 años.
Vianey Galindo, con dos usuarios , Jesus Daniel de discapacidad y usuaria de 12 años.
Se anexa, documento donde cada una de ellas expone la razón por la que no reciben a la niña en su medio familiar.

Como hecho relevante y preocupante el dia de hoy a las 03:00 p.m, la señora Sandra, se acercó a las instalaciones del operador, dejando la niña de una manera arbitraria, cuando ya se le había explicado que la fundación estaba en la búsqueda de una solución, de igual manera aunque lo que expresa la niña no es acorde a la edad de ella , en esta unidad no se han presentado situaciones que expongan la integridad física, psicológica , emocional o bienestar de la niña o familia; por lo que se considera que se puede dar manejo.
Ya que en estos momentos es exponer a la niña a una situación donde se está sintiendo rechazada.

Por la situación antes mencionada solicitó de manera respetuosa se me oriente el proceder puesto que nos encontramos ante una falta al rol de la señora Sandra.

Según GUÍA PARA LLEVAR A CABO LA SOLICITUD DE CUMPLIMIENTO DE ROL DE MADRES Y PADRES SUSTITUTOS

4.1.1 Cuando la madre o padre sustituto a pesar de contar con el perfil, condiciones habitacionales propicias y disponibilidad de cupos para ubicación se niega de manera reiterada a recibir ubicación de las niñas, los niños y los adolescentes, sin que exista una razón justificada.
4.1.8 Cuando la madre o padre sustituto descuide la atención de las niñas, los niños y los adolescentes ubicados en el Hogar Sustituto, o se genere algún tipo de riesgo a su integridad física y esto sea evidenciado en el marco del proceso de atención y puesto en conocimiento del ICBF.

Quedo atenta

Paola Andrea Marin Gonzalez
Coordinadora
Fundación Social Yo te cuido
3124564343

3 archivos adjuntos



ROSA .jpg
157K

solicitud Sandra Calderon.pdf
712K

Vianey Galindo.pdf
292K

Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co> 25 de septiembre de 2024, 6:17 p.m.
Para: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>, Adriana Patiño Parra <Adriana.Patino@icbf.gov.co>
CC: COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>, Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>, "psicologiayotecuido.garzon@gmail.com" <psicologiayotecuido.garzon@gmail.com>

Buenas noches

Atendiendo a la situación reportada y a la manifestación de las autoridades administrativas, solicitamos que los niños ubicados en esta unidad de servicio se reubiquen en otro hogar sustituto.

En un momento recibirán la solicitud por parte de los defensores de familia

Cordialmente

Obtener Outlook para iOS

De: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>
Enviado: Wednesday, September 25, 2024 4:38:47 PM
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>; adriana.patino@icbf.gov.co <adriana.patino@icbf.gov.co>
Cc: COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>; Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>; psicologiayotecuido.garzon@gmail.com <psicologiayotecuido.garzon@gmail.com>
Asunto: SOLICTUD DE APOYO Y ORIENTACION

Algunos contactos que recibieron este mensaje no suelen recibir correos electrónicos de coordinador2yotecuido@gmail.com. Por qué esto es importante

[Texto citado oculto]

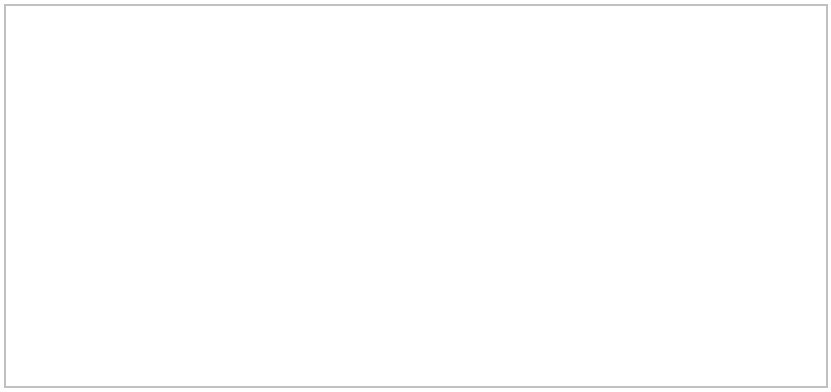
Carlos Arbey Cabrera Hernandez <Carlos.CabreraH@icbf.gov.co> 25 de septiembre de 2024, 6:38 p.m.

Para: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <Coordinador2yotecuido@gmail.com>
CC: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>, Claudia Marcela Morales Castano <ClaudiaM.Morales@icbf.gov.co>, Nidia Torres Joven <Nidia.torresJ@icbf.gov.co>, Elizeth Mallerly Sanabria Morales <ElizethM.SanabriaM@icbf.gov.co>

Señores
Fundacion Yo Te Cuido

Solicito comedidamente y de carácter urgente, se adelante la reubicación de hogar sustituto del niño Alan Matías Ospina, en razón a la situación puesta en conocimiento a través de correos que anteceden, relacionadas con presunto incumplimiento al rol de madre sustituta, por parte de la señora Sandra, así como la situación presentada con una us

Cordialmente,



De: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Enviado: miércoles, 25 de septiembre de 2024 18:15
Para: Carlos Arbey Cabrera Hernandez <Carlos.CabreraH@icbf.gov.co>
Asunto: Fw: SOLICTUD DE APOYO Y ORIENTACION

Obtener Outlook para iOS

De: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>
Enviado: Wednesday, September 25, 2024 4:38:47 PM
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>; adriana.patino@icbf.gov.co <adriana.patino@icbf.gov.co>
Cc: COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>; Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>; psicologiayotecuido.garzon@gmail.com <psicologiayotecuido.garzon@gmail.com>
Asunto: SOLICTUD DE APOYO Y ORIENTACION

Algunos contactos que recibieron este mensaje no suelen recibir correos electrónicos de coordinador2yotecuido@gmail.com. Por qué esto es importante

Cordial saludo

Doctora Irma, la fundación social yo te cuido con preocupación reporta la situación que se está presentando con la niña ANA SOFÍA RIVERA, de 10 años de edad, T.I 1.145.730.529, autoridad administrativa comisaria de familia de Garzon, doctora Karol Campos, fecha de ingreso a la modalidad 11 de septiembre del 2024, con la señora Paola Fragua, según reportó el equipo psicosocial la madre sustituta solicito cambio porque encontró a la niña dándole un beso en la boca a otro usuario de cinco años , cuando se le hizo la retroalimentación sobre los actos inadecuados la niña indicó que

ella tenia una relacion con el niño. El equipo contando con la autorización de la autoridad administrativa realizó el cambio para la unidad de servicio de la señora Sandra Milena Calderón, el día 12-09-2024.

Para la fecha del 19-09-2024, la señora Sandra hace llegar oficio al equipo del operador solicitando de nuevo cambio de la niña, según ella la niña ha mencionado que no le agrada que ella sostenga su mano cuando se encuentran en una vía pública para pasar la calle, y en atención por psicología en la eps la niña mencionó que a ella solo le gusta que los hombre le sostengan la mano, también menciona que la niña estaba enamorada del policía Martin, es importante resaltar que desde el operador se le ha brindado la sensibilización a la madre sustituta para darle manejo a la situación mencionada por la niña, puesto que los hechos que dieron el ingreso de ANA SOFIA a la medida de protección están relacionados con sus actos, por lo que se le pide empatía y paciencia, así mismo la usuaria está recibiendo acompañamiento por el equipo psicosocial del operador y atención por psicología por la EPS, buscando que la niña fortalezca su autoconcepto, habilidades de cuidado y autoprotección , resignificación de eventos de violencia a los que ha sido expuesta.

Desde el pasado jueves 19-09-2024 el equipo psicosocial del operador , ha realizado la búsqueda de una unidad de servicio donde se pueda reubicar la niña , sin lograr respuesta oportuna de ninguna de las madres, observando así negación a apoyar con el cuidado y restablecimiento de derechos de la usuaria.
Se realizó un sondeo con cada unidad de servicio, encontrando que la señora Marley Fragua, con dos adolescentes .
Rosa Terrios, con usuarios de 6 y 3 años.
Vianey Galindo, con dos usuarios , Jesus Daniel de discapacidad y usuaria de 12 años.
Se anexa, documento donde cada una de ellas expone la razón por la que no reciben a la niña en su medio familiar.

Como hecho relevante y preocupante el dia de hoy a las 03:00 p.m, la señora Sandra, se acercó a las instalaciones del operador, dejando la niña de una manera arbitraria, cuando ya se le había explicado que la fundación estaba en la búsqueda de una solución, de igual manera aunque lo que expresa la niña no es acorde a la edad de ella , en esta unidad no se han presentado situaciones que expongan la integridad física, psicológica , emocional o bienestar de la niña o familia; por lo que se considera que se puede dar manejo.
Ya que en estos momentos es exponer a la niña a una situación donde se está sintiendo rechazada.

Por la situación antes mencionada solicitó de manera respetuosa se me oriente el proceder puesto que nos encontramos ante una falta al rol de la señora Sandra.

Según GUÍA PARA LLEVAR A CABO LA SOLICITUD DE CUMPLIMIENTO DE ROL DE MADRES Y PADRES SUSTITUTOS

4.1.1 Cuando la madre o padre sustituto a pesar de contar con el perfil, condiciones habitacionales propicias y disponibilidad de cupos para ubicación se niega de manera reiterada a recibir ubicación de las niñas, los niños y los adolescentes, sin que exista una razón justificada.
4.1.8 Cuando la madre o padre sustituto descuide la atención de las niñas, los niños y los adolescentes ubicados en el Hogar Sustituto, o se genere algún tipo de riesgo a su integridad física y esto sea evidenciado en el marco del proceso de atención y puesto en conocimiento del ICBF.

Quedo atenta

Paola Andrea Marin Gonzalez
Coordinadora
Fundación Social Yo te cuido
3124564343

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

---

Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co> 26 de septiembre de 2024, 8:50 a.m.
Para: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>
CC: Claudia Marcela Morales Castano <ClaudiaM.Morales@icbf.gov.co>, Nidia Torres Joven <Nidia.torresJ@icbf.gov.co>, Elizeth Mallerly Sanabria Morales <ElizethM.SanabriaM@icbf.gov.co>, Carlos Arbey Cabrera Hernandez <Carlos.CabreraH@icbf.gov.co>, Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>

Buenos días representante legal EAS YO TE CUIDO

Teniendo en cuenta lo sucedido en la tarde de ayer, donde la madre sustituta a cargo de la niña Ana Sofia, fue a entregarla a las oficinas del operador justificando la dificultades que se presentan en el comportamiento de la niña; y un vez revisado el caso el día de hoy con la autoridad administrativa, encontramos que desde el 18 de septiembre la defensora de familia solicito al operador la reubicación de la niña, haciendo sugerencia indicando que en lo posible se ubicara en un hogar donde no residan hombres, sin que a la fecha se hubiera tenido en cuenta esta solicitud. Por otro lado, ante lo reportado por ustedes de negativa de la madre sustituta de atender un niño, no es una causal que indique la reubicación de todos los niños, solo se requiere, como ustedes lo manifestaron, un proceso llamamiento al cumplimiento al rol, que no especifica la reubicación de todos los niños de la unidad de servicio. Por lo anterior y para poder adelantar el proceso debidamente, solicito que por el momento el niño Alan Matias permanezca en la unidad de servicio.

Es importante igualmente revisar, si estamos brindando la orientación y herramientas suficientes a las madres sustitutas para el manejo de este tipo de situaciones y comportamientos.

Recordar que lo que suceda con los niños en hogar sustituto debe ser informado a las autoridades administrativas que tenga a cargo el proceso de ellos, con copia a esta supervisión.

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: Carlos Arbey Cabrera Hernandez <Carlos.CabreraH@icbf.gov.co>
Enviado: miércoles, 25 de septiembre de 2024 18:38
Para: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>; FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <Coordinador2yotecuido@gmail.com>
Cc: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>; Claudia Marcela Morales Castano <ClaudiaM.Morales@icbf.gov.co>; Nidia Torres Joven <Nidia.torresJ@icbf.gov.co>; Elizeth Mallerly Sanabria Morales <ElizethM.SanabriaM@icbf.gov.co>
Asunto: Re: SOLICTUD DE APOYO Y ORIENTACION

Señores
Fundacion Yo Te Cuido

Solicito comedidamente y de carácter urgente, se adelante la reubicación de hogar sustituto del niño Alan Matías Ospina, en razón a la situación puesta en conocimiento a través de correos que anteceden, relacionadas con presunto incumplimiento al rol de madre sustituta, por parte de la señora Sandra, así como la situación presentada con una us

Cordialmente,



De: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>
Enviado: miércoles, 25 de septiembre de 2024 18:15
Para: Carlos Arbey Cabrera Hernandez <Carlos.CabreraH@icbf.gov.co>
Asunto: Fw: SOLICTUD DE APOYO Y ORIENTACION

Obtener Outlook para iOS

De: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador2yotecuido@gmail.com>
Enviado: Wednesday, September 25, 2024 4:38:47 PM
Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>; adriana.patino@icbf.gov.co <adriana.patino@icbf.gov.co>
Cc: COORDINADOR 1 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <coordinador1yotecuido@gmail.com>; Karol Yohana Campos Medina <Karol.Campos@icbf.gov.co>; psicologiayotecuido.garzon@gmail.com <psicologiayotecuido.garzon@gmail.com>
Asunto: SOLICTUD DE APOYO Y ORIENTACION

Algunos contactos que recibieron este mensaje no suelen recibir correos electrónicos de coordinador2yotecuido@gmail.com. Por qué esto es importante

[Texto citado oculto]

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

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 septiembre del año 2024, no presentó ninguna novedad o solicitud que pudiera afectar la atención en la modalidad de acogimiento familiar de los municipios de Pitalito y la Plata.

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

Se expide en Neiva el día 01 de octubre del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024, no presentó ninguna novedad o solicitud que pudiera afectar la atención en la modalidad de acogimiento familiar de los municipios de Pitalito y la Plata.

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

Se expide en Neiva el día 01 de octubre del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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, se dio cumplimiento con todas las disposiciones y orientaciones recibidas en pro de garantizar el cumplimiento de todas las acciones enmarcadas en la prestación del servicio de la modalidad de acogimiento familiarHogar Sustituto en los municipios de Garzón, 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 septiembre del año 2024, atendió un total de 103 cupos en la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito yPlata, los cuales se discriminan a continuación:

Centro zonal	Vulneración	Discapacidad	Total
Garzón	29 cupos	07 cupos	36 cupos
Pitalito	**23** cupos	11 cupos	34 cupos
La plata	38 cupos	05 cupos	43 cupos
total			113 cupos

Neiva – 02 de octubre del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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 se apertura 13 historias de atención en el municipio de Garzón, Pitalito y la Plata, distribuidas de la siguiente manera:

LA PLATA	PITALITO	GARZON
STMT	OSMM	ASRG
YDSH	SSAV	MYCR
OJSH	LAOM	
MISH		
NVSH		
WSH		
DYSH		
ANPP		

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 CONCEDULA 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, se llevo a cabo la verificación de los registros de experiencia a todos los usuarios, donde se evidencia que se han planteado los avances, logros experiencias, dificultades, intereses, salud, educación ,etc a cada niño, niña y adolescente.

Neiva, 02 de octubre de 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

Fecha de visita: 30/09/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fondacion Social yo te cuido	cll 7N 2E-03 B/santa clara	—0—

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular

Última visita de seguimiento al Hogar:

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

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Fragua	Poveda	Ana Milena
	Identificación: 55057466		

[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: Cll 3N 1C-21	Tel. Fijo —	Celular 3213569805
Barrio: El bosque	Correo electrónico: anamilenafragoso@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	Vector Manuel Cardona Calderon	DD/MM/AA 04/03/10	T.I 1117234933	23330129	DD/MM/AA 11/05/18	Defensoria de familia 2 de Garzón
2	Frank Stiven Narvaez Rodriguez	DD/MM/AA 29/11/09	T.I 1178370626	23351063	DD/MM/AA 25/07/24	Comisaria de familia del Pital
3	Dominyk Ome	DD/MM/AA 02/08/15	T.I 1078874484	23360883	DD/MM/AA 11/07/24	Comisaria de familia de Garzón
4	Laura Daniela Ortiz Ome	DD/MM/AA 05/01/17	R.C 11457 35303	23350896	DD/MM/AA 11/07/24	Comisaria de familia de Garzón
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

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

Scanned with CamScanner

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	SI X No	SI X No	SI X No	SI 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 NO X	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 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 evidencia las acciones adelantados

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

Por parte de la madre sustituta para garantizar las atenciones y garantía de sus derechos con cada uno de los usuarios.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Scanned with CamScanner

	1	2	3	4	5
riesgo o vulneración de sus derechos.					

Descripción general de lo encontrado:

los usuarios en la unidad de servicio manifestaron estar agusto en compañía de la madre sustituta, donde refieren tener espacios de esparcimiento abiertos y adecuados.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Scanned with CamScanner

la documentación se encuentra al dia, organizada y en cada carpeta, donde reposan los acetos adelantadas a la fecha.

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)

la dotación se encuentra al dia y en buenas condiciones de uso.

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:

Scanned with CamScanner

Observaciones:

La madre sustituta recibe la visita de forma adecuada, con disposición, se evidencia los espacios haciendo actividades de su diario vivir, los cuales se ven aseados con la unidad de servicio y la madre sustituta.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

Scanned with CamScanner

Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

las condiciones son optimas de higiene y orden.

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

Como compromiso dejeda la postura de la ropa de los escalares con plazo hasta la proxima vesita.

Scanned with 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.
_____ Diálogo con miembros de la familia.
_____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
X Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Laura Fernández Sob	Ana Milena Fox
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Laura Fernández Sob	
CC. 1077873295 TP. 219284	CC. 55.057.466
Celular: 3222386509	Celular: 3223564805
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Notas:

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

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

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

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

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 se realizaron 04 egresos en el municipio de Garzón, Pitalito y la Plata, distribuidas de la siguiente manera:

LA PLATA	PITALITO	GARZON
JJCR	LCS	JDU
	JDOS	

Se expide en Neiva el día 02 de Octubre del 2024

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA

Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

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

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

Fecha de visita: 20/09/2024.

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal Pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
fundacion social yo te cuido	Cll 1A # 5-52 Iniciad.	3118241198.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Nicolás Castaño	1083920492	3118241198

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/08/2024	Sandra M rodriguez	fundacion social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rivera	garcia	paula Alejandra.
	Identificación: 1082.779.043		

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

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

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

Scanned with CamScanner

Dirección: Cra 2A # 27-22	Tel. Fijo	Celular 3123098379
Barrio: los Arandanos	Correo electrónico: paleriga04@Gmail.com.	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Maria Jose Salgado Vega.	10/04/2021	1082812978	2358655	17/06/2021	Claudia Hernan lopez
2	Lian Andres Osorio Murillo	26/8/2021	1083939332	2351335	02/06/2024	Javier orlando Cumbe
3						
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.

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 / No X	Si / No X	Si / No X
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No X	Si / No X
Goza de un buen estado nutricional.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No X	Si / No X
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No X	Si / No X
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No X	Si / No X
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 / No X	Si / No X	Si / No X	Si / No X
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No X	Si / No X
Recibe atención psicosocial.	Si X / No	Si X / No	Si / No X	Si / No X	Si / No X

Descripción general de lo encontrado:

Liam ingreso al H.C.B. hace 10 días no cuenta con registros academicos, ni

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 su etapa de desarrollo aun no se encuentra adelantando actividades de 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
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

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

Descripción general de lo encontrado:

Maria Jose se encuentra declarada en adaptabilidad., Liam aun tiene encuentros biologicos con su mama.

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:

Silicitar atenciones por el area psicosocial, solicitar atencion, solicitar atencion psicologica por parte de la E.S.E, cada 3 meses entregar reportes de seguimiento.

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)

Pendiente entrega de elementos escolares para poder hacer la debida gestión para contar con ellos

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		Adjuntos certificados casa señor cristian
Carné de manipulación de alimentos	X		1710617079
Certificación primeros auxilios	X		CEL 01 12264
Carpeta de visitas al Hogar	X		

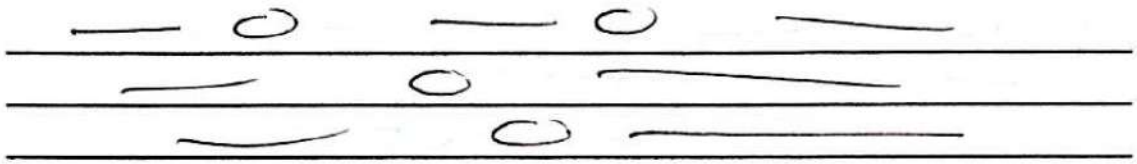
*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Adjuntar Certificados de la red de Apoyo del señor Cristian, Actualizar Certificados de antecedentes Madre Sustituta.

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



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:

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)

- Instalar regilla en Alberca
- Gestionar Actividad Extracurricular para Maria Jose
- Actualizar Antecedentes Judiciales de Madre Sustituta.
- adjuntar Antecedentes del Apoyo cristian
- Cambiar acta de colocacion de lichq

Scanned with CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

Si Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
NO Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
Si Diálogo con la madre o padre sustitutos.
Si Diálogo con miembros de la familia.
NO Diálogo con vecinos, instituciones, otros
Si Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

Si Condiciones satisfactorias
No Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
No Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

No 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
Nicolás Fernando Castaño.	Paula Alejandra Rivera.
Firma de la persona que realiza la visita Nicolás Castaño	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 1083970492 TP 1083970492	CC. 1082.779.043
Celular: 3118274198	Celular: 3123098374
Correo electrónico: nicolasfernjimenez7178@gm.	Correo electrónico: paulerivera04@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	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	20/09/2024	CENTRO ZONAL	pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Paula Alejandra rivera

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		2 Bienestarinas	0002052040	15/10/2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?		X	No pueden estar con otros insumos o alimentos

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

- Comprar recipiente con tapa para su debido Almacenamiento y Marcar, usar bienestarina proxima vencer

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Paula Rivera	Nicolás Fernando Castaño Nicolás Castaño.

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 Alejandra Rivera

Dirección: Cra 7A # 77-21

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

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

OBSERVACIONES

Instalar reja de seguridad en la Alberca

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Nicolás Fernando Castaño Forjando

Firma de la persona que realiza la verificación

Nicolás Castaño

CC. 1083970492 **TP.** 1083970492

Celular: 3118241198

Correo electrónico: nicolasferjimenez217@gmail.com

Scanned with CamScanner

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

FECHA: 20/09/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Paula Alejandra Rivera

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Nicolás Castaño

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta:

Paula Rivera

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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 CONCEDULA 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, 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: Se realizaron 10 visitas.
2. Municipio de la plata: : Se realizaron 11 visitas
3. Municipio de Garzon: : Se realizaron 10 visitas

Neiva, 02 de octubre de 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

13 al 20 de septiembre

Experiencias de vida:

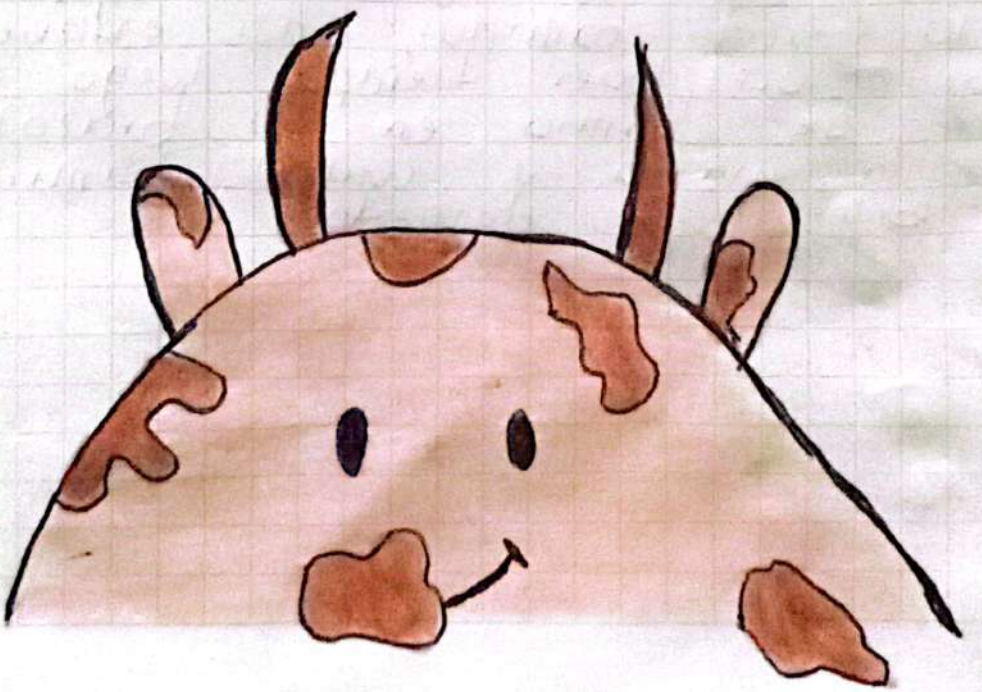
Liam llegu a un nuevo hogar son solo 3 dias por semana de proyecto familiar,

llegu un poco timido sin confianza, pero eso solo fue un rato, luego empezo a jugar con los otros niños y entro en confianza,

Estuvo muy activo durante toda la semana come muy bien. y duerme muy bien.

El dia 13 de septiembre tuvo encuentro biologico con su mama y su abuelita.

comparto con ellas y estuvo muy tranquilo y activo durante todo el encuentro.



Powered by CamScanner

21 al 27 de septiembre.

de regreso a la unidad de servicio, Liam llego alegre y paseo, cuando miro a la madre solicita y a su red de apoyo abrio sus brazitos para que lo cargaran y se recosto sobre el pecho de la red de apoyo.

Esta semana Liam esta caminando con mas confianza ya se suelta solito y da unos pasitos.

Come con mucha ansias, el come todo lo que le doy, duerme toda la noche y parte de la mañana, tambien duerme en la tarde

El viernes 27 tuvo encuentro biologico con su mamá, su abuelita, unos tios y dos primos.

se noto alegre cuando miro a su mamá, ella lo cargo lo consintio y lo hacia caminar, asi estuvieron durante un buen tiempo, luego el bebe se durmio en los brazos de la mama y cuando termino la visita se desperto.

13 al 20 de septiembre

Experiencias de vida.

En esta semana Angel david es reubicado en otra unidad por proyecto de semana familiar, seran solo 8 dias.

Angel a estado un poco desordenado, se quita las medias y las tira sucias debajo de la cama,

se hizo chichi en la cama casi toda la semana, menos dos dias que no lo hizo, tambien en el dia se orinaba en la ropa.

le decian algo y no prestaba atencion.

El dia 13 de septiembre tuvo encuentro biologico con su mami y su abuelita, cuando las miro se acerco a ellas y las saludo muy contento. compartio con ellas un rato, luego se fue a jugar con los otros niños, y volvio a donde ellas estaban, al terminar el encuentro salio muy contento y asi mismo llego a la casa contento.



21 al 27 de Septiembre.

Angel llegu nuevamente a la unidad un poco imperactivo hace cosas que antes no hacia, como por ejemplo dejar su ropa sucia tirada, lo levanto en las noches a hacer chichi pero siempre amanece orinado, opte por ponerle pañal ya que el olor a chichi se impregna demasiado en la habitacion,

El dia jueves 26 de septiembre tuvo una actividad en la escuela de amor y amistad llevo una cobija y un cojin para la actividad seria estilo picnik. tambien debian llevar para compartir para ese dia, y Angel llevo galletas para el y para compartir con su profesora y sus compañeritos estando en la actividad se lastimo un brazo dijo que un compañerito lo habia empujado y se habia rayado con un clumbie.
tuvo en la tarde cita con pediatra, lo revizo y dijo que tenia un soplo en el corazon le envio un ecocardiograma, [illegible] de orina y popo y cita de control [illegible].
el dia viernes 27 encuentro biologico con su mamá y otros familiares llego y abrazo a un primo y le dijo que lo extrañaba mucho saludo a su mamá y a sus demas familiares. durante el encuentro estuvo muy contento jugando con sus primos y muy ninos que estaban en la fundacion. cuando se termino abrazo a su mamá y dijo que la extrañaba pero que no queria vivir con ella. llego contento a la casa.

Powered by CamScanner

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

CERTIFICA

FUNDACION SOCIAL

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, 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

SEDE	FECHA
LA PLATA	20-09-2024
GARZON	20-09-2024
PITALITO	27-09-2024

2. Talleres de fortalecimiento a las familias

SEDE	FECHA	TEMA
LA PLATA	20-09-2024	informar a los padres y familias biológicas o red vincular sobre las consecuencias del uso excesivo de pantallas en niños, niñas y adolescentes, y proporcionar herramientas para un uso saludable y equilibrado.
GARZON	20-09-2024	informar a los padres y familias biológicas o red vincular sobre las consecuencias del uso excesivo de pantallas en niños, niñas y adolescentes, y proporcionar herramientas para un uso saludable

		y equilibrado.
PITALITO	27-09-2024	Informar a los padres y familias biológicas o red vincular sobre las consecuencias del uso excesivo de pantallas en niños, niñas y adolescentes, y proporcionar herramientas para un uso saludable y equilibrado.

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	**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, cuenta con un cronograma de semana de fortalecimiento familiar a las madres sustitutas el cual fue construido y enviado a las supervisoras del contrato a través de correo electrónico.

Se expide en Neiva el día 02 de octubre del 2024



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 Saual "Yo te cuido"	Calle 1 A #. 5-52 B) Trinidad	3232040036

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Nicolas Castaño	1.083.920.492	3178241198

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28 08 2024	Sandra Mercedes	Fundación Saual "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Naivaez	Ijaji	Nayen Luca.
	Identificación: 25292.920		

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: cra 14 # 9-05	Tel. Fijo	Celular 3177144761
Barrio: Calamo	Correo electrónico: maiyen2312@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	Yader Esteban Gonzalez Samboni	30/03/2008	1084.254.396	2359918 2	29/02/2024	Defensoria Tercera Cristina Molina.
2	Hector Estiven Samboni Golondrino	02/10/2014	1083.986.262	N/A	11/08/2023	Comisaria de Familia San Agustin Alexandra Tovar
3	Leidar Santiago Rodriguez	24/12/2014	1.076.916.874	2366816 3	5/06/2023	Defensoria septima CZ Neiva Angela Cardozo
4	Ostin Santiago Munlla Montoya	9/10/2016	1.144.636.348	2351032 73	2/09/2024	Defensoria Sexta Javier Cumbe
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Hector Esteban presenta dificultad para atenciones médicas con especialidad, puesto que la EPS

Powered by CamScanner

No tiene Convenio, la RS refiere tener que Viajar a Neiva para atenderlo.

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Usuarios quienes al momento de la revisión con tenían autorización de la autoridad administrativa. Se presentan apuntes y lenguaje inadecuado en los diferentes ambitos en los que se desenvuelven los usuarios del servicio.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Los niños y usuarios refieren no asistir de manera constante, sin plan de atención extramural, Clínica optima de 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		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)

Elementos bien conservados, en su lugar que propician el bienestar y desarrollo de los niños y niñas.

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:

Documentación Consensada y en buen estado, se recomienda dejar los recordatorios respecto a la ubicación de la Cruz.

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	NO	SI	SI	NO	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:

Powered by CamScanner

Se presentan cinco goteras en el área del comedor, presentan humedad considerable, se sugiere impermeabilizar las zonas donde se presentan goteras.

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

Durante el desarrollo del encuentro, se observan cinco goteras en sus condiciones completas actualmente, se recomienda dar tramite a la intervención de estas goteras presentes en el hogar.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Firma de la persona que realiza la visita	**Firma de la persona que recibe la visita**
Nicolás Cortés	MARYEN LUCIA NARVAEZ
CC. 1088276492 TP. 1088276492	CC. 25.292.920
Celular: 3118241418	Celular: 317 777 4461
Correo electrónico: nicolasfernjimenez2178@gma.l	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.**

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

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Maryen Lucia Narvaez Ijoji

Dirección: Carrera 14 # 9-05 B/ Calamo.

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.	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.	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

Vivienda en condiciones locativas en general en buen estado, se recomienda mejorar la condiciones del tejado y sistema gootera que se presenta en el comedor

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Erwin Cosado Silva

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 1075288721 **TP.** 147056

Celular: 3114798776

Correo electrónico: samian1612@gmail.com.

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18/09/2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Maryen Lucia Narvaez Ijaji

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		Bienestarina más	2052040	15/10/2024
			Bienestarina Más	2052040	15/10/2024
			Bienestarina Más	2060564	23/11/2024
			Bienestarina Más	2060564	23/11/2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Durante la visita se encontro alimento de alto Valor nutricional almacenado acorde lineamiento.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Se sugiere rotar el AAVN / Bienestarina Más teniendo en cuenta la fecha de Vencimiento.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Maryen Lucia Narvaez	Erwin Cosada Silva

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
En observación el usuario cuenta con los elementos en relación.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Hector Sambani

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Haryen Lucia Narvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Usuario cuenta con todos los elementos, organizados.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yeider Esteban Gonzalez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Maryen Lucia Nuñez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Usuario cuento con los elementos / orden

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Marleny Lucy Narvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Dotación y elementos de aseo, obligatorio por los usuarios,

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Mayer Isaa Nav-91

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 30 09 2024

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

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle 1A # 5-52 Bl Trinidad	3232040036

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC	Celular
Erwin Losada Silva	1.085.308.721	3114744776

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/08/2024	Sandra M. Rodriguez	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Ramos	Yeni Andrea
	Identificación: 36.293.823		

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Corregimiento Guacacallo	Tel. Fijo	Celular 3114662015
Barrio: Corregimiento Guacacallo	Correo electrónico: yeniandrea0521@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	Jose Camilo Magon Tique	23/05/2008	1083887636	2359458	16/08/2024	Defensor Cuarto Claudio Hernan Lopez Gutierrez.
2	Astrid Nicol Magon Tique	16/02/2011	1.076.910.049	2359458	16/08/2024	Defensor Cuarto Claudio Hernan Lopez Gutierrez
3	Kara Tatiana Arboleda Oralle	23/04/2012	1081.701.044	2351032	27/08/2024	Defensor Cuarto Cristina Molina Artunduaga.
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.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Durante el proceso de verificación la MS presenta documentación actualizada, La MS hace enfasis en que los usuarios

Powered by CamScanner

de los NNA que tiene a su cargo se encuentran en buenas condiciones generales, gozan de un ambiente propicio para su acogimiento y protección.

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

Respecto de los niños Jose y Astrid Magon, no sostienen contacto con su red familiar biologica, pues estan declarados por la autoridad administrativa en proceso de adoptabilidad, los usuarios reciben buen trato por parte de Ms, manteniendo una comunicación asertiva, la preocupación por lo estados emocional y Salud mental de los usuarios y su red familiar Vinculante.

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:

Ninguno de los tres usuarios, tiene plan de manejo con medicamentos, por tanto, el indicar no aplica, por otro lado Karen Tatiana no tiene Soporte de notas del periodo 3° ya que su ingreso se realizo el día 27 de Agosto de 2021.

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)

los elementos se encuentra en buen estado, organizado en los espacios, se da buen uso de los elementos de dotación crema, gel antibacterial, cepillo de dientes etc.

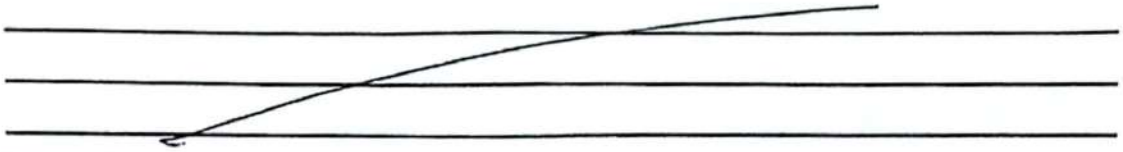
DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		Firmada
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		26/04/2024
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

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

Observaciones:

Se recomienda actualizar antecedentes judiciales, personería, contraloría, Medidas Correctivas de la HS y la red de apoyo.

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	N/A	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	NO	SI	NO	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Powered by CamScanner

Durante la inspección de los espacios de la vivienda en el dormitorio del usuario Jose Camilo Rojas se presenta grieta a nivel del piso, producto de una fuga de agua reciente

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

Durante el desarrollo de la visita, se observa una vivienda en buenas condiciones de higiene y organización de los espacios. Los usuarios cuentan con sus elementos debidamente cubiertos en sus Comodas, lo alimentos y despensa con fecha de Compra., nevera en optimas condiciones de higiene Separados y embalados correctamente sin que Se presente contaminación directa de los productos

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Erwin Cosado Silva	Yeni Andrea Rojas
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1075308721 TP. 149056	CC. 36293823
Celular: 3114798776	Celular: 3114662015
Correo electrónico: Samca1612@gmail.com	Correo electrónico:

Notas:

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Al momento de verificación, la usuaria Karen tatiana no cuenta con cepillo y betun para zapatos ni maquina de afeitar, la referente que se estaba entrevistada de esta dotación.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Karen Tatiana Arboleda Valle

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yeni Andrea Rojas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Elemento que no se encuentra dentro de la dotación de aseo e higiene personal. Según curso de vida

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Astrid Nicol Magon Tique

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yeni Andrea Rojas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Usuario no cuenta con elemento de Maquina de Afeitar.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Jose Camilo Mazón Tique

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yeni Andrea Rojas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Yeni Andrea Rojas Ramos

Dirección: Vereda Guacacallo / Pitalito.

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 vivienda de un solo nivel, espacios en optimas condiciones de limpieza, no cuento con PED. las paredes de la habitación de JoseCamilo requiere de limpieza. a nivel presento una grieta que se esta mejorando.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Erwin Losada Silva
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1075208721	**TP.** 147056
Celular: 3174798776	
Correo electrónico: Samian1612@gmail.com.	

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	30/09/24	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Yeni Andrea Rojas Ramos.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		Bienestarina Mas	20520410	15/10/2024
			Bienestarina Mas	20520410	15/10/2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Almacenadas en recipiente plástico como establece el manejo del AAVN.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Realizar preparaciones con el AAVN, antes de la fecha del 15 de octubre de 2024. rotación del alimento acorde a indica el lineamiento.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Yeni Andrea Rojas	Erwin Cosada Silva

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 30 09 2024

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

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle 1A # 5-52 Bl Trinidad	3232040036

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC	Celular
Erwin Losada Silva	1.085.308.721	3114744776

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/08/2024	Sandra M. Rodriguez	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Ramos	Yeni Andrea
	Identificación: 36.293.823		

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Corregimiento Guacacallo	Tel. Fijo	Celular 3114662015
Barrio: Corregimiento Guacacallo	Correo electrónico: yeniandrea0521@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	Jose Camilo Magon Tique	23/05/2008	1083887636	2359458	16/08/2024	Defensor Cuarto Claudio Hernan Lopez Gutierrez.
2	Astrid Nicol Magon Tique	16/02/2011	1.076.910.049	2359458	16/08/2024	Defensor Cuarto Claudio Hernan Lopez Gutierrez
3	Kara Tatiana Arboleda Oralle	23/04/2012	1081.701.044	2351032	27/08/2024	Defensor Cuarto Cristina Molina Artunduaga.
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.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Goza de un buen estado nutricional.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No
Recibe atención psicosocial.	SX No	SX No	SX No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Durante el proceso de verificación la MS presenta documentación actualizada, La MS hace enfasis en que los usuarios

Powered by CamScanner

de los NNA que tiene a su cargo se encuentran en buenas condiciones generales, gozan de un ambiente propicio para su acogimiento y protección.

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

Respecto de los niños Jose y Astrid Magon, no sostienen contacto con su red familiar biologica, pues estan declarados por la autoridad administrativa en proceso de adoptabilidad, los usuarios reciben buen trato por parte de Ms, manteniendo una comunicación asertiva, la preocupación por lo estados emocional y Salud mental de los usuarios y su red familiar Vinculante.

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:

Ninguno de los tres usuarios, tiene plan de manejo con medicamentos, por tanto, el indicar no aplica, por otro lado Karen Tatiana no tiene Soporte de notas del periodo 3° ya que su ingreso se realizo el día 27 de Agosto de 2021.

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)

los elementos se encuentra en buen estado, organizado en los espacios, se da buen uso de los elementos de dotación crema, gel antibacterial, cepillo de dientes etc.

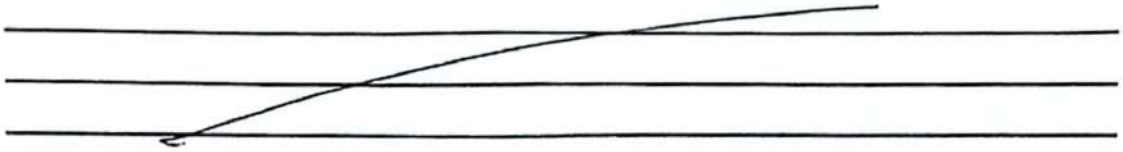
DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		Firmada
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		26/04/2024
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

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

Observaciones:

Se recomienda actualizar antecedentes judiciales, personería, contraloría, Medidas Correctivas de la HS y la red de apoyo.

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	N/A	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	NO	SI	NO	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Powered by CamScanner

Durante la inspección de los espacios de la vivienda en el dormitorio del usuario Jose Camilo Rojas se presenta grieta a nivel del piso, producto de una fuga de agua reciente

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

Durante el desarrollo de la visita, se observa una vivienda en buenas condiciones de higiene y organización de los espacios. Los usuarios cuentan con sus elementos debidamente cubiertos en sus Comodas, lo alimentos y despensa con fecha de Compra., nevera en optimas condiciones de higiene Separados y embalados correctamente sin que Se presente contaminación directa de los productos

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Erwin Cosado Silva	Yeni Andrea Rojas
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1075308721 TP. 149056	CC. 36293823
Celular: 3114798776	Celular: 3114662015
Correo electrónico: Samca1612@gmail.com	Correo electrónico:

Notas:

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Al momento de verificación, la usuaria Karen tatiana no cuenta con cepillo y betun para zapatos ni maquina de afeitar, la referente que se estaba entrevistada de esta dotación.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Karen Tatiana Arboleda Valle

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yeni Andrea Rojas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Elemento que no se encuentra dentro de la dotación de aseo e higiene personal. Según curso de vida

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Astrid Nicol Magon Tique

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yeni Andrea Rojas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Usuario no cuenta con elemento de Maquina de Afeitar.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Jose Camilo Mazón Tique

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yeni Andrea Rojas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Yeni Andrea Rojas Ramos

Dirección: Vereda Guacacallo / Pitalito.

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 vivienda de un solo nivel, espacios en optimas condiciones de limpieza, no cuento con PED. las paredes de la habitación de JoseCamilo requiere de limpieza. a nivel presento una grieta que se esta mejorando.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Erwin Losada Silva
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1075208721	**TP.** 147056
Celular: 3174798776	
Correo electrónico: Samian1612@gmail.com.	

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	30/09/24	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Yeni Andrea Rojas Ramos.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		Bienestarina Mas	20520410	15/10/2024
			Bienestarina Mas	20520410	15/10/2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Almacenadas en recipiente plástico como establece el manejo del AAVN.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Realizar preparaciones con el AAVN, antes de la fecha del 15 de octubre de 2024. rotación del alimento acorde a indica el lineamiento.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Yeni Andrea Rojas	Erwin Cosada Silva

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 REPRESENTANTELEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

En el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024 la fundación social yo te cuido realizo articulaciones con las entidades del sistema Nacional de Bienestar Familiar a fin de garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características", como se relaciona a continuación:

1. **MUNICIPIO DE GARZON:**

Salud :
B.R.G solicitud de portabilidad
L.A.S : Solicitud de agenda cita odontologia, medico general , ccyd
S.N.M: Solicitud de citas primarias
C.G: Solicitud de portabilidad
N.Z.P: Solicitud vinculación al sistema de salud

Educación:
B.R.G : Solictud de cupo
Solicitud secretaria de educación de docentes

2. **MUNICIPIO DE LA PLATA:**

*** Educación :**
M.S.G: Solicitud de certificados de estudio
A.N.P: Solicitud de cupo

FUNDACION SOCIAL YO TECUIDO
NIT.901496702-9
CALLE 11 No 3-80
Cel. 3206193497

Salud
F.S.B Solicitud cita con especialistas
M.S.G: Solictud de citas de primer nivel
solicitud costos de citas ante la ese san sebastian
S.T.M: Solictud de atenciones primarias
L.F.P: Solicitud cita por pediatria y ecografia de vias urinarias
N.G.M: Solicitud cita por psiquiatria
T.M.C : Solictud super intendencia de salud , entrega de alimento
TICHV: Supersalud
MFRO: Consulta especialista Cardiologia pediatrica

MUNICIPIO DE PITALITO
No se realizaron gestiones ante las diferentes instituciones de salud o educación.

Se expide en Neiva el día 02 de octubre del 2024

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: 20/09/2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal pitalito.

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion social yo te cuido.	cll 1A # 5-52 trinidad.	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Nicolás Fernando Castro	1083920492	3118241198.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
21/08/2024	Sandra M Rodriguez	fundacion social yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Hoyos	osorio	Yudis Paola.
	Identificación: 36.288.105		

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

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

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

Scanned with CamScanner

Dirección: transversal 44 #12 sur 57	Tel. Fijo	Celular 3203243565
Barrio: Juan pablo II	Correo electrónico: huequitosp@6mail.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	Brayan Stiven Ortiz Guzman	07/04 2008	1.117.264.916	2350034	24/10/2023	Comisaria Familia Acevedo
2	Fabian Guzman Quita	22/04 2011	1003805832	2359342	11/01 2024	Cristina Molina Arbeláez.
3	Pedro Jose Astudillo Bolaños	06/05 2006	1077226734	2359182	02/07 2007	Javier Cumbe.
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

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. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Descripción general de lo encontrado:

Por la edad condicion, No se encuentra escolarizado con esta a la espera de aprovacion

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 proyecto seria.

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

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

los casos que estan declarados en adoptabilidad, no tienen contacto con su red vincular.

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:

Formula Para Fabian Cotelevismo., Medicacion para manejo del sueño y Ansiedad en Alexander.

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					
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)

Cada uno de los cuartos cuentan con elementos necesarios

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		04/07 hora
Certificación primeros auxilios	X		04/07 hora.
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Observaciones:

Documentación al día, Presenta la carpeta organizada sin hojas rasgadas o cajadas.

Scanned with 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:

Scanned with CamScanner

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

- Instalar pelicula antideslizante en el piso del baño.
- Mejorar iluminacion la cual es oscura.
- Adelantar gestiones pertinentes para la escolarizacion de Alexander.

Scanned with 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)

Si Condiciones satisfactorias
No Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
No Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

No 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
Nicolás Fernando Castaño		Yadyis Paola Hoyos
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
Nicolás Castaño		Yadyis Paola Hoyos.
CC. 1083920492	TP. 1083920492	CC. 36288105
Celular: 3118241198		Celular: 3203243565
Correo electrónico: nicolásferjimenez217@gmi.		Correo electrónico: huequitope@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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Yadys Paola hoyos

Dirección: Tv 9A #12 Sur - 57

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

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

OBSERVACIONES

En lo posible instalar puerta de acceso al baño y ducha.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Nicolás fernando Castaño Tejada

Firma de la persona que realiza la verificación

Nicolás Castaño

CC. 1083920492 **TP.** 1083920492

Celular: 3118291198

Correo electrónico: nicolasfernandez217@gmail.com

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	20/09/2024	CENTRO ZONAL	pitalito.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Yudys Paola hoyos Osorio.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		Bienestarina Mix	0025240	15/10/2024
			2 Bienestarinas	CCC20603 GA	23/11/2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		ubicadas dentro de recipiente trasparente debidamente marcado

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

hacer uso de la bienestarina antes de su vecimiento.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Yudys Paola Hoyos Osorio.	Nicolás Castaño.

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 DOCE (12) A DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Sin observacion

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Pedro Jose

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yudys Paola Hoyos Bono

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Nicolás Castaño

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 DOCE (12) A DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	**SI**	**NO**
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Sin observacion

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Brayan Stiven

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Yudy Paola Hyaidano -

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Nicolás Castaño

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 DOCE (12) A DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos		X

OBSERVACION GENERAL
Sin observacion

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Fabian Guzman Quiroz

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yudys Paola Hoyos Bonilla

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Nicolás Castaño

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

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

FECHA: 20/09/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yeddys paola

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Nicolás Fernando Castaño.

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta:

Yudys Paola Hoyos Soto.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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 REPRESENTANTELEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de septiembre del año 2024, desde la fundación social yo te cuido se realizó la actualización de la base de datos de los Hogares Sustitutos ubicados en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata; es así que a la fecha del presente informe encontramos las siguientes unidades de servicio en cada municipio:

LA PLATA	GARZON	PITALITO
11	13	10

Se expide en Neiva el día 02 de octubre del 2024

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACION SOCIAL YO TECUIDO
NIT.901496702-9
CALLE 11 No 3-80
Cel. 3206193497

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

Fecha de visita: 30 09 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 1A # 5-52 B/ Trinidad	3232040036

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Erwin Losada Silva	1075208721	3114798776

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28 08 2024	Sandra M. Rodriguez	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rosas	Arteaga	Yuli Andrea
	Identificación: 1.083.887.399		

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Corregimiento Guacacallo	Tel. Fijo	Celular 3219706291
Barrio: Vereda El Tigre	Correo electrónico: ropasartunduagayulieandra@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	Angel David Cruz Peño	19/07/2017	1.144.637.312	2351031148	21/08/2024	Defensor Cubarto Claudio Heman Lopez G.
2	Liam Camilo Perez Peño	06/05/2023	1.083.942.596	2351020977	21/08/2024	Defensor cuarto Claudio Hernan lopez G.
3	Sofia Hoyos Chilito	11/01/2015	1.084.260.020	N/A	21/07/2023	Comisaría de Familia Ipiales
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Descripción general de lo encontrado:

Durante la visita se logra evidenciar que los usuarios cuentan con la documentación actualizada

Powered by CamScanner

y reguenda. la niño Sofia Chilito quien se encuentra hospitalizado en la Ciudad de Cali. trastorno Afectivo Bipolar. tiam por su pate se enuenta en lista de espera, ingreso Prog. Primera Infancia

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

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:

Los Hermanos Liam y Angel asistieron a encuentro biologico con su red familiar biologica, autorizado por la Autoridad administrativa. por su parte Sofia por su condición d Hospitalización no participado de las actividades generales, Se encuentra a la espera de que Se le de alta, Actualmente Se encuentra en un hogar de Paso en la Ciudad Cali

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 lleva registro de las actividades Cotidianas 21 al 27 Septiembre, acorde con las pautas de la vida del niño. Liam y Angel participan en encuentro Biologico. Liam Se alimenta adecuadamente, Son NN alegres y respetuosos Se recomienda MS registro de notas del estado de Salud de Sofia chilito

Powered by CamScanner

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

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

Al niño Angel no se ha Suministrado dotación escolar, y no aplica para el curso de ida de Liam Camilo, y en el caso de Sofia la NS que la dotación recibida por la niña fue la Suministrada por la fundación Social "yo te cuido".

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*	✓		26/09/2024
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

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

Observaciones:

Al momento de la verificación de la documentación de la Carpeta de la NS, se observa que contiene todos los documentos relacionados y actualizados.

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	N/A	SI	SI	N/A
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

La vivienda se encuentra en optimas condiciones de habitabilidad, brinda espacios seguros y entorno protector para la acogimiento de los niños.

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

Realizar registro diario de experiencias de la niño Sofia chilito, se orientó en registrar el seguimiento realizado por la MS al momento de hospitalización de la usuaria mientras estuvo en la clinica / hospital psiquiatrico del valle, quien ingreso el 12 de Septiembre con egreso de dia 20 de septiembre a la fecha se encuentra en hogar de paso de la Ciudad de Cali.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Erwin Casado Silva	Yuli Andrea Rojas A.
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1075208721 TP. 147056	CC. 1083 887 399
Celular: 3114798776	Celular: 3219706291
Correo electrónico: Samantha@gmail.com.	Correo electrónico: yuliandrea13@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Se recomienda a la MS tener en cuenta el suministro de los elementos de la dotación de aseo para dar cumplimiento a lo estipulado en el Servicio.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Angel David Cruz Peña

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 1 de 4

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

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

OBSERVACION GENERAL
La madre Sustituta refiere que el niño tolera la crema anti panalitis, esto referido por la madre biologica del niño.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Liam Camilo Perez Peña

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	30/09/24	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		Bienestarina Mas	2052040	15/10/24
			Bienestarina mas	2860564	23/11/24
			Bienestarina Mas	2052040	15/10/24

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Recipiente con tapa plastico, Hermetico, en buenas Condiciones Se observa etiqueta con fecha de apertura 25/09/24

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Realizar preparaciones y dar rotación al AAVN teniendo en cuenta la fechas de vencimiento.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Erwin Losada Silva

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Yuli Andrea Rojas Arturduaga

Dirección: Vereda El tigre / Corregimiento Guacacallo

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	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La población atendida en la UAS, no presenta condición de discapacidad física y las ventiladoras se encuentran a nivel del piso, por tanto los niños pueden manipular sin riesgo.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Erwin Cosado Silva

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 1075208721 **TP.** 147056

Celular: 3114798776

Correo electrónico: Samian1612@gmail.com.

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: WILSON CALDERON MUSECHE

Dirección: CALLE 19 # 1A E 02 Ciudadela San Miguel.

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.	+	
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.	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

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

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.	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.	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 Cancelarya Rojas.
Firma de la persona que realiza la verificación Ledi Cancelarya Rojas.
CC. 41709184 **TP.** 2287941182-1
Celular: 3107845661
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 18-09-2024

Hogar Sustituto	Vulneración	■	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional HUILA Centro Zonal LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Ledi Constanza Rojas Moreno	41.709.184	3107865661

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
16-09-2024	ERICA KATHERINE RODRIGUEZ H	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/Eliana Castro Artunduaga
2	MAUREN STEFANY GONZALEZ CAMPO	02/05/2009	T.I 1059765782	23439965	08/08/2024	Defensoría primera de familia Alonso Martínez Pulido
3	FRANKLIN SMITH BORJA	09-10-2024	RC 1145833595	23438640	01/03/2024	Defensoría primera Alonso Martínez
4	SHARIT TATIANA MOSQUERA TITIMBO	9-03-2019	1080267595	1764277737	6-09-2024	Defensoría primera Alonso Martínez

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

Powered by CamScanner

5	

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Powered by CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Al Realizar la Correspondiente Verificación todos los Niños Cuentan Con Seguridad Social Asisten a IE Menor Franklin Por su Condición Pendiente Otro Franklin Cardiología Leydi terapias ocupacionales y Cognitivas Franklin asiste a terapias Físicas y de Lenguaje. Maureen tiene Pendiente atenciones la AIc No esta atendido

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Powered by CamScanner

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

Descripción general de lo encontrado:

todos los usuarios tienen Contacto Con su Red Familiar a excepción de Leydi Jhoana.

a excepción de Frankbir todos los usuarios Cumplen Con los Item establecidos

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

Powered by CamScanner

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

La documentación se encuentra debidamente legajada y organizada.
Shanit aun NO cuenta con Boletines Escolares ni seguimiento por su reciente ingreso.
Franklin NO asiste a IE.

Powered by CamScanner

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

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

Todos Cuentan Con Dotación Completo. a la Fecha a Sihaet NO Le han entregado Dotación 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	Y		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Powered by CamScanner

Observaciones:

La documentación del Padre sustituto y Red de apoyo se encuentra organizada legajada y Completa

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 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

las Condiciones higienicas de la Vivienda son optimas todos los Espacios se encuentran debidamente Organizados

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

se le recomienda continuar con la asistencia de los usuarios a los Ctro Pedagogicos.

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

_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de RoI.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita **Ledi Constanza Rojas Moreno**		**Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita** **Wilson Calderón Useche**
Firma de la persona que realiza la visita Ledi Constanza Rojas M.		**Firma de la persona que recibe la visita**
CC.41.709.184	**TP 228794112-1**	CC. 12271864
Celular: 3107865661		**Celular: 3217612621**
Correo electrónico: **f.fundarlaplata@gmail.com**		**Correo electrónico:** calderonusechewilson@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 30 09 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 1A # 5-52 B/ Trinidad	3232040036

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Erwin Losada Silva	1075208721	3114798776

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28 08 2024	Sandra M. Rodriguez	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rosas	Arteaga	Yuli Andrea
	Identificación: 1.083.887.399		

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

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

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

Powered by CamScanner

Dirección: Corregimiento Guacacallo	Tel. Fijo	Celular 3219706291
Barrio: Vereda El Tigre	Correo electrónico: ropasartunduagayulieandra@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	Angel David Cruz Peño	19/07/2017	1.144.637.312	2351031148	21/08/2024	Defensor Cubarto Claudio Heman Lopez G.
2	Liam Camilo Perez Peño	06/05/2023	1.083.942.596	2351020977	21/08/2024	Defensor cuarto Claudio Hernan lopez G.
3	Sofia Hoyos Chilito	11/01/2015	1.084.260.020	N/A	21/07/2023	Comisaría de Familia Ipiales
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

Powered by CamScanner

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Descripción general de lo encontrado:

Durante la visita se logra evidenciar que los usuarios cuentan con la documentación actualizada

Powered by CamScanner

y reguenda. la niño Sofia Chilito quien se encuentra hospitalizado en la Ciudad de Cali. trastorno Afectivo Bipolar. tiam por su pate se enuenta en lista de espera, ingreso Prog. Primera Infancia

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

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:

Los Hermanos Liam y Angel asistieron a encuentro biologico con su red familiar biologica, autorizado por la Autoridad administrativa. por su parte Sofia por su condición d Hospitalización no participado de las actividades generales, Se encuentra a la espera de que Se le de alta, Actualmente Se encuentra en un hogar de Paso en la Ciudad Cali

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 lleva registro de las actividades Cotidianas 21 al 27 Septiembre, acorde con las pautas de la vida del niño. Liam y Angel participan en encuentro Biologico. Liam Se alimenta adecuadamente, Son NN alegres y respetuosos Se recomienda MS registro de notas del estado de Salud de Sofia chilito

Powered by CamScanner

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

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

Al niño Angel no se ha Suministrado dotación escolar, y no aplica para el curso de ida de Liam Camilo, y en el caso de Sofia la NS que la dotación recibida por la niña fue la Suministrada por la fundación Social "yo te cuido".

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*	✓		26/09/2024
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

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

Observaciones:

Al momento de la verificación de la documentación de la Carpeta de la NS, se observa que contiene todos los documentos relacionados y actualizados.

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	N/A	SI	SI	N/A
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

La vivienda se encuentra en optimas condiciones de habitabilidad, brinda espacios seguros y entorno protector para la acogimiento de los niños.

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

Realizar registro diario de experiencias de la niño Sofia chilito, se orientó en registrar el seguimiento realizado por la MS al momento de hospitalización de la usuaria mientras estuvo en la clinica / hospital psiquiatrico del valle, quien ingreso el 12 de Septiembre con egreso de dia 20 de septiembre a la fecha se encuentra en hogar de paso de la Ciudad de Cali.

Powered by CamScanner

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

_____Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Erwin Casado Silva	Yuli Andrea Rojas A.
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1075208721 TP. 147056	CC. 1083 887 399
Celular: 3114798776	Celular: 3219706291
Correo electrónico: Samantha@gmail.com.	Correo electrónico: yuliandrea13@gmail.com

Notas:

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

Powered by CamScanner

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Se recomienda a la MS tener en cuenta el suministro de los elementos de la dotación de aseo para dar cumplimiento a lo estipulado en el Servicio.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Angel David Cruz Peña

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 1 de 4

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

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

OBSERVACION GENERAL
La madre Sustituta refiere que el niño tolera la crema anti panalitis, esto referido por la madre biologica del niño.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Liam Camilo Perez Peña

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Powered by CamScanner

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	30/09/24	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		Bienestarina Mas	2052040	15/10/24
			Bienestarina mas	2860564	23/11/24
			Bienestarina Mas	2052040	15/10/24

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Recipiente con tapa plastico, Hermetico, en buenas Condiciones Se observa etiqueta con fecha de apertura 25/09/24

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Realizar preparaciones y dar rotación al AAVN teniendo en cuenta la fechas de vencimiento.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Erwin Losada Silva

Powered by CamScanner

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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Yuli Andrea Rojas Arturduaga

Dirección: Vereda El tigre / Corregimiento Guacacallo

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	Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La población atendida en la UAS, no presenta condición de discapacidad física y las ventiladoras se encuentran a nivel del piso, por tanto los niños pueden manipular sin riesgo.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Erwin Cosado Silva

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 1075208721 **TP.** 147056

Celular: 3114798776

Correo electrónico: Samian1612@gmail.com.

Powered by CamScanner

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

Fecha de visita: 21 09 2024

Hogar Sustituto	Vulneración	X	Discapacidad		Tutor	

Hogar de paso	Familiar		Casa hogar	

Regional Huila Centro Zonal pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
fundacion Social yo te cuido	cll 1A # 5-52 trinidad	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Nicolás Castaño	1083920492	3118241198

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 R.	fundacion Social yo te Cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Barragan	puentes	Diana patricia
	Identificación: 1.083.893.002		

[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: Corregimiento Guacacayo	Tel. Fijo	Celular 3162710278.
Barrio: Vereda el tigre	Correo electrónico: dipabiz2123@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	Laura Maria bocanegra.	26/07/2010	1.111.263.596	2351803860	05/08/2024	Claudio Hernan lopez
2	Laura Isabel Dorado Ruiz	01/10 2010	1.144.67702	No Hay Info	06/08 2024	Eider Stiefken Morales
3	Anyela Selay Ortiz Zuñiga	12/02 2016	1082.780846	No Hay Info	20/08 2024	Diana Paola Muñoz
4	Yenny Patricia tirado toro	04/04 2001	1.119.712.716	2353485 35	12/09 2024	Claudio Hernan 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.

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 X No	Si No X	Si X No	Si X No	Si No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si X No	Si X No	Si No X	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:

Iniciar seguimiento proyecto de vida Angela Soley
Realizar seguimiento al rendimiento academico

Scanned with CamScanner

a la escuela laura isabel, continuar con el buen desempeño de laura y yenni

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

Descripción general de lo encontrado:

- Ayudar a Anyela a mejor su actitud frente a la convivencia con los demas usuarios, laura y yenni se encuentran declaradas en adaptabilidad, Anyela se encuentra en proceso de adaptacion en la ucds

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Solicitar notas academicas laura bocanegra, Anyela Tolay, Iniciar Valoraciones 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
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)

Actualmente cuentan con todos los elementos en buenas condiciones, Ordenados

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		Solicitar mes Agosto

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

Observaciones:

Solicitar la ultima revisión del mes de agosto, Notifica que recibió visita pero no dejaron copia, cambio hojas ojeadas o rasgadas.

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

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	NO	NO	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	NO	Si	Si	Si	Si

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

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

- Se evidencia humedad en una esquina de sala, Aseo en ventanas

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

- Certificados Actualizados de estudio y notas
- Certificados eps Actualizados
- Aseo en ventanas
- Arreglo en grieta piso del patio
- Instalar película protectora en ventanas
- Instalar tapete anti-deslizante en piso del baño

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:

Si Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
____ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
Si Diálogo con la madre o padre sustitutos.
Si Diálogo con miembros de la familia.
No Diálogo con vecinos, instituciones, otros
Si Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

Si Condiciones satisfactorias
No Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
NO Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
No Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Firma de la persona que realiza la visita Nicolás Castaño	Firma de la persona que recibe la visita
CC. 1083920992 TP. 1083920992 Celular: 3118281198	CC. 1.083.893.001 Celular: 3162710228
Correo electrónico: nicolas.ferjemarez2176@m:	Correo electrónico: dipabis123@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

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18/09/2024	CENTRO ZONAL	Pitalito

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Diana Patricia Barragan Puentes.

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		Bienestarina mas	0002052040	15/10/2024
			Bienestarina mas	0002052042	15/10/2024
			Bienestarina mas	0002060564	23/11/2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

dar uso antes de las fechas de vencimiento.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Nicolás Fernando Castaño Nicolás Castaño.

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: Vereda El tigre, Guacacayo

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

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.		N/A
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

No usan escaleras, No hay no Aplica los pasamos, estan sucias, ubicar afuera de aseo limpieza y toxicos en un lugar No accesible

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nicolás fernando Castaño fajardo.
Firma de la persona que realiza la verificación	Nicolás Castaño
CC. 1083.970.492	**TP.** 1083970492
Celular: 3118241198	
Correo electrónico:	nicolasferjimenez717@gmail.com.

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: 21/09/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Diana Patricia Barragan

CENTRO ZONAL: pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Nicolás Fernando Castaño

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

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

Fecha de visita: 20 09 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
yo te cuido.	Cra 1 # 5-52 Barrio Trinidad.	3118241198.

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Nicolás Castaño	1.083.920.492	3118241198.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
21/08/2024	Sandra M. Rodriguez	Fundacion Social yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Sanchez	Rojas	Gloria Patricia.
	Identificación: 36.288.958		

[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 3 Esur # 5A - 26 la Pradera.		3142618535.
Barrio:	**Correo electrónico:**	
La Pradera	patolin.rojas@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	Niyireth toro Vargas	11/02 2011	1.115.949.469	23568067	12/07 2024	Ariel Hernan Vargas
2	Alexander Semanate	24/07 2000	1004.997.883	23140886	12/07 2024	Ariel Hernan Vargas
3	Sebastian Garzon.	23/07 2014	1.144633.205	23560732	15/07/ 2024	Claudio Hernan lopez
4	Kevin Andres Males Realpe.	29/04 2020	1075325201	23598916	17/07 2024	Javier orlando Cumbe
5	Sarita Sofia Alvira Vallejo.	31/07 2017	1083929.599	23510265	12/07 2024	Claudio Hernan Lopez

* Anule los renglones no utilizados

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

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

Descripción general de lo encontrado:

- Solicitar certificado escolar de sexta
- Alexander, No aplica a proyecto de vida por su condicion

Scanned with CamScanner

proyecto de vida de Kevin, no se evidencia en Compañeros, por rango de edad, no han iniciado, Alexander no esta escolarizado por su condicion.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

Scanned with CamScanner

Descripción general de lo encontrado:

Alexander por su condicion no puede estableser comunicacion con los demas externos asi igualmente no puede estableser habitos de auto-cuido, autoproteccion, esto debe ser con el Apoyo de la madre sustituta

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

- Iniciar seguimiento, Por el equipo psicosocial esta pendiente, debido no cuenta con documento de identidad se encuentra en tramite, pendiente seguimiento Escolar y Solicitar

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		X	
Personal	X		X		X		X		X	
Escolar	X		X		X		X		X	
Aseo e higiene personal	X		X		X		X		X	

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

todos los escenarios cuentan con sus elementos de dotacion

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		16/05/2024
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		19/05/2024
Certificación primeros auxilios	X		19/05/2024
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Observaciones:

la carpeta de la madre sustituta se encuentra con la documentacion al dia debidamente organizada y diligenciada.

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

Condiciones de las áreas mencionadas son optimas

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

- Instalar tapete antideslizante en el baño
- Instalar rejilla de seguridad en la Alberca
- hoja de fechas "rotulos" visibles para alimentos
- adelantar procesos pendientes con la escuela Santa Sofia.

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:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

Si Condiciones satisfactorias
No Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
No Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
No 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
Nicolás Fernando Castaño	Gloria Patricia Sanchez
Firma de la persona que realiza la visita Nicolás Castaño	**Firma de la persona que recibe la visita**
CC. 1083920492 TP 1083920492	CC. 36.288.958
Celular: 3118241198	Celular: 3147628535
Correo electrónico: Nicolasfernjimenez217@Gmail	Correo electrónico: patolin.rojas@hotmail.

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	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	20/09/2024	CENTRO ZONAL	pitalito.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Gloria patricia sanchez rojas

	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		Bienestarina mas	0002606064	23 Noviembre 2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	x		Ubicada en recipiente transparente. de tamaño Moderado, debidamente Marcado.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Usar bienestarina antes de su vencimiento., Mantenerla en buenas condiciones para su consumo.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Gloria Patricia Sanchez Rojas	Nicolás Fernando Castaño Nicolás Castaño.

Scanned with CamScanner

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: Gloria Patricia Sanchez

Dirección: Cll 3E Sur # 5A-76 Pradera

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

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

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

OBSERVACIONES

Instalar rejilla de seguridad en la Alberca.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nicolás Fernando Castaño Fajardo
Firma de la persona que realiza la verificación	Nicolas Castaño
CC. 1083926492	**TP.** 1083926492
Celular:	3118241198
Correo electrónico:	nicolasferjimenez2198@gmail.com

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	20/09/2024	CENTRO ZONAL	pitalito.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Gloria patricia sanchez rojas					
	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		Bienestarina mas	CC026C0564	23 Noviembre 2024

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	x		Ubicada en recipiente transperente. de tamaño Moderado, debidamente Marcado.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

cocr bienestarina antes de su vencimiento., Mantenerla en buenas condiciones para su consumo.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Glw Pw Sw Pw	Nicolás Fernando Castaño Nicolás Castaño.

Scanned with CamScanner

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

FECHA: 20/09/2024

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Gloria Patricia Sanchez

CENTRO ZONAL: Pitalito.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Nicolás Fernando Castaño.

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta:

NINGUNA

Gloria Patricia Sanchez

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner