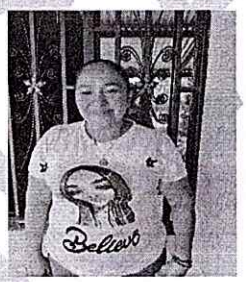
✓ FORMULARIO DE SOLICITUD FAMILIAS INTERESADAS EN CONSTITUIRSE COMO HOGAR DEPASO

Fecha 03/02/2025

Solicitud No.

Lugar: La Plata Huila





1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE TITULAR					
Nombre: MAYINAIDIVER UNI MARTINEZ		Edad: 44 AÑOS		Fecha de nacimiento:	23 JULIO 1980
Ocupación	Independiente	Escolaridad	Tecnóloga	Celular o Fijo	3144785468

2. INFORMACIÓN CÓNYUGUE DEL SOLICITANTE TITULAR							
Nombre	JULIO CESAR VARGAS			Edad	43	Fecha de nacimiento	17/05/1981
Lugar de Nacimiento	Florencia / Caquetá		Documento de Identidad		16.188.527	Expedido en	Florencia / Caquetá
Dirección Domicilio	Calle 5 # 13-27		Teléfono		3102109047		
Ocupación	Conductor	Escolaridad	Técnico	Celular	Correo Electrónico	maunimar@hotmail.com	

INFORMACIÓN FAMILIAR

Tipo de Unión:
Matrimonio__X__Unión Marital de hecho_____Viudo/a_____Otro, ¿Cuál?

Tiempo de relación	22 años	No. De Hijos, hijas o menores de edad a cargo	Dos (02)

Otras personas que viven actualmente en el hogar

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

NOMBRE	Estado civil	Edad	Parentesco o relación con el/la titular	Ocupación (si los adultos laboran indique actividad)
Sergio Alejandro Vargas Uni	Soltero	15 Años	Hijo	Estudiante
David Felipe Vargas Uni	Soltero	10 Años	Hijo	Estudiante
Mayinaidiver Uni Martínez	Casada	44 Años	Titular	Independiente
Julio Cesar Vargas	Casado	43 Años	Esposo	Conductor

3.Condiciones Habitaciones. Unidad habitacional ubicada en la zona urbana del municipio de La Plata en la ciudadela Comfamiliar, casa de una sola planta, construida y terminada en obra blanca, pintada de color naranja en el interior y exterior, con piso en cerámica color café. Cuenta con los servicios públicos, como agua, energía eléctrica, gas domiciliario, alcantarillado, acueducto municipal, tv cable, internet y recolección de basura, unidad habitacional que se encuentra dotada de los enceres necesarios, juego de sala y comedor, camas en las habitaciones, armarios para guardar la ropa, lavadora, nevera, estufa, entre otros, en buenas condiciones generales.

Habitaciones en su vivienda 3 habitaciones	Habitaciones utilizadas actualmente por el grupo familiar. 2 habitaciones	Niñas, niños o adolescentes que se podrían ubicar. Cuatro (4)
Habitaciones disponibles para ubicación. Dos (2)	Baños en la vivienda	Uno (01)

Tipo de vivienda X Propia ☐ Arrendada Familiar ☐ Otra, ¿Cuál?

Servicios básicos con los que cuenta la vivienda (marque con una X) según corresponda
Agua Potable: X Energía: X Internet: Teléfono: Gas: X Televisión por cable: X

4.INFORMACIÓN ADICIONAL

1. ¿Qué tipo de hogar desea constituir?	Quiero crear un hogar seguro para los niños que tengan vulnerados sus derechos y poder brindar apoyo como cuidadora a las autoridades administrativas del municipio como ICBF y Comisaria de Familia.
2. ¿Qué conoce del funcionamientode los Hogares de Paso?	Se que es la casa donde ubican a los menores inicialmente cuando les van a iniciar un proceso o se van a ir para hogar sustituto.
3. ¿Qué razones motivan la constitución como Hogar de Paso?	Es un servicio que me ayuda como persona porque sé que puedo ayudar a los que me necesitan, en este caso a los niños, niñas y adolescentes que tengan vulnerados sus derechos y anexo a ello, tengo el don de servir a los demás.

4. ¿Considera que brindar cuidado a niños, niñas o adolescentes en proceso administrativo de restablecimiento de derechos en su Hogar puede ser una ayuda para usted?

SI X	NO	Por qué: Me puede ayudar económicamente y me permite el manejo de mi tiempo libre, en el cuidado de los menores de edad.

5. ¿Conoce su familia su interés por acoger en su hogar a niños, niñaso adolescentes?		X Si ☐ No	
6.Están de acuerdo su cónyuge o compañero(a) y demás personas que habitan en el hogar, en recibir niños, niñas o adolescentes en Proceso administrativo de restablecimiento de derechos?			
Si X No Porque voy a permanecer en mi casa, pendiente de los niños de mi hogar y por la estabilidad económica que pueda recibir.			
7 ¿Trabaja o estudia actualmente?	☐ Si X No	¿En qué trabaja o estudia?	N/A
8.De qué tiempo dispone diariamente para la atención de los niños, niñas o adolescentes?	Solicitante: 24 HORAS horas	Cónyuge o compañero(a): 8 horas	
	Sí responde sí, describa cuáles	En tiempo libre	

9. ¿Ha desarrollado alguna actividad de atención con niños, niñas o adolescentes anteriormente?	Sí, anteriormente tuve a cargo estudiantes del Sena y adolescentes de otros municipios que venían a estudiar acá.
X Si No	¿Durante cuánto tiempo? 3 años ¿Qué edades tenían los niños, niñas o adolescentes? Entre 15 y 18 Años
5. ¿Ha recibido capacitaciones en temas educativos o sociales? Especifique los programas y Entidades	X Si No Capacitación sobre el manejo de los NNA, la alimentación que se les debe dar y reglas impartidas por el hogar.
6. ¿Qué características considera que tiene su grupo familiar, integrantes del hogar, que favorezcan el cuidado yla atención de niños, niñas y adolescentes en proceso administrativo de restablecimiento de derechos? Paciencia, voluntad, disposición, carisma, normas en el hogar, respeto, tolerancia, entre otros.	

FIRMAS

Los abajo firmantes hacen constar que la anterior información es verídica y autoriza a las autoridades del ente territorialo del operador en cargado que realicen su comprobación.

Solicitante
Nombre y Apellidos: Mayinaidiver Uni Martinez
Firma:
Numero de Cedula 26'522847.

ANEXO FOTOGRÁFICO DE LA UNIDAD HABITACIONAL

