

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 14-02-2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☐	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

REGIONAL HUILA CENTRO ZONAL LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
CRISTIAN CAMILO ARIAS	1010242019	3112431071

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
8-01-2025	Shirley Gonzalez	Yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Identificación: 36383845		
Dirección: CALLE 6 N. 3-79 URBANIZACION COMFAMILIAR	Tel. Fijo NO TIENE	Celular 3138961014
Barrio: CIUDELA COMFAMILIAR	Correo electrónico: legomez19930@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	DANIELA VALENTINA VILLAMIL	10/10/2009	T.I 1081408637	23438475	26/12/2023	COMISARIA DE FAMILIA SAN AGUSTIN
2	TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS	12/09/2014	T.I. 1061225531	1763806813	13/02/2024	SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ÁLVAREZ
3	KRISHDAEL MARTINEZ BARONA	5/09/2012	T.I 1096037678	23438454	21/12/2023	COMISARIA LA PLATA
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

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

Descripción general de lo encontrado:

Donela! Psicología Clínica tuvo (5-02-2025) cada 15 tiene psicología clínica, psicología cada mes. Ha esta autorizada Neurología pediátrica.

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.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Per no hay agenda, dermatología tiene oportunidad de un caso (benigna vascular)

Per derecho, en Jirón, odontología tuvo 28-01-2025, cursa grado 6to S.E.-J.T.P.

• Tania: A la fecha se encuentra hospitalizada en la clínica Uos por la

Gastritis, Tania, los entregaron por EPS Páralos y Alimento, espera examen Papan y -
para saber si la operan, tuvo traumatología pediátrica 3-02-2025, Neurología 20-7-2025,
odontología higiene oral 15-01-2025, cursa el grado 5to S.E.-J.T.P.

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☐ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO

Descripción general de lo encontrado:

- Daniel: es niño en riesgo físico ya que se encuentra en acefalidad, estacionaria en Polivolta que atiende extrínsecamente participar en fútbol, ha presentado comportamientos de riesgo, golpea al hermano de menor, ha estado dentro en lo US.
- Tania: A la fecha de la visita se encuentra hospitalizado en la clínica Lira por la gastroenteritis, debido a la discapacidad no realiza actividades.
- Krisdhar: ha estado juicioso como siempre, participa en fútbol como actividad extrínsecamente, atiende a las normas, concurrencias y pautas de crianza que plantea la Madre y tía.

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					
Carta de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X		X					
Registro Civil	X		X		X					
Documento de Identidad	X		X		X					

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICJF Y A LA LEY 1521 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 10

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

Observaciones:

Las carpetas de los usuarios se encuentran archivadas legadas y actualizadas a la fecha de la visita, tanto debido a la condición de discapacidad no cuenta con un plan de estudios educativo.

Los cuadernos de registro de experiencias se encuentran debidamente diligenciados y actualizados.

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)

- Daniela cuenta con la dotación adecuada para la Pruebas.
- Tania: Debido a la discapacidad no requiere dotación escolar, pendiente dotación pedagógica, el 14-07-2021.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MQ4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

completo el año para recibir dicha notificación.

• Krisdhael: cuenta con la respectiva dotación

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

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

Observaciones:

La carpeta de la Madre Sustituta se encuentra
actualizada, legada y actualizada a la fecha,
de igual manera la información de las redes de apoyo.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

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

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

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

La unidad de vivienda se encuentra en óptimas condiciones de aseo, uso e higiene; la vivienda cuenta con alimentos rotulados en óptimas condiciones de consumo, la Alacena cuenta con suficientes productos para los usuarios. A momento de la visita se encuentra el usuario Fredyael, Daniela se encuentra estudiando, el usuario se encuentra con buena protección personal.

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

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

No se dieron hallazgos.

Se recomienda a la M.S. continuar garantizando a los usuarios los diferentes procesos que representan el usuario, de igual manera dar a conocer cualquier novedad que se presente en los niveles con los usuarios ante el operador y Autoridades Administrativas

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

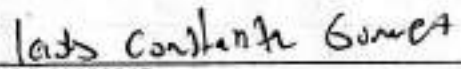
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS Firma de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita LEIDY CONSTANZA GOMEZ ARDILA Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1010242019	TP 1010242019	CC.36383845
Celular: 312431071		Celular:3106284835
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: legomez19930@hotmail.com

Notas:

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

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSEF Y A LA LEY 1501 DE 2012



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: Judy Constanza Gomez.

Dirección: Calle 6 # 3-79 Organización Comfamiliar

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad cuenta con rejas, pero la unidad no se cuenta con estoreas por ende no requiere presencia.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Castro Camilo Aní,	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Castro Camilo Aní	
CC. 10624499	TP. 100242014
Celular: 3112431071	
Correo electrónico:	

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

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

OBSERVACION GENERAL
El usuario cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Krishnael Martinez Barona

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Luz Gama

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Christian Camilo Arias

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

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

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

OBSERVACION GENERAL
Lo usuarios cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Lo firmar

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Leidy Gama

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Ramirez Ariza

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

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

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	✓	
Cepillo dental	✓	
Ceda dental	✓	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	✓	
Toallas higiénicas	✓	
Peinilla o cepillo	✓	
Tapabocas dos unidades por cada niño	✓	

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

OBSERVACION GENERAL
La usuria cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Daniel Villanar

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Lidia Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristina Blanco Ariza

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

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	14-02-2024	CENTRO ZONAL	La Plata
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Ledy Constante Gomez			
	SI	NO:	
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?		X	La Madre Sostituta no cuenta con Bienestarina
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Ledy Gomez		Cristian Camilo Arias	

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

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSION 1 PSYC-3025- 01/03/2022 FECHA DE APROBACION: 01/03/2022		
	FECHA: <u>14-02-23.</u>				
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: <u>Luis Gonzalez Gons</u>					
CENTRO ZONAL: <u>La Jata</u>					
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: <u>Cristian Camilo Arias</u>					
OPINION 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 realizó la visita?		X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?		X			
		X			
OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)				SI	NO
5. ¿El profesional se dio a conocer 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 jóvenes durante la visita?				X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?				X	
8. ¿El profesional se disculpó por la intromisión, solicitó permiso?				X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?				X	
Observaciones de la Madre Sustituta:					
<u>Luis Gonzalez</u> FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA					

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yo te cuido</u>	Dirección <u>c/ AN 2E - 03 B/ Santa clara</u>	Teléfono <u>- 0 -</u>
---	--	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Laura Fernández</u>	CC. <u>1077873295</u>	Celular <u>3222386509</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>30/01/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Karen Geoenia Alvarez Laura Fernández Soto</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social yo te cuido</u>
-----------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Cruz	Valenzuela	Mireya
Identificación: 52995117			
Dirección: Vereda claros		Tel. Fijo	Celular
		— 0 —	3122048410
Barrio: Vereda claros		Correo electrónico: mire.yin9580@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	☒	Plan Mejoramiento ²	☐	Seguimiento extraordinario	☐
-----------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Luis Angel Ramirez Pelomero	26/02/20	R.C 1080938467	23351682	18/10/24	Comisaría de familia Guacalupe
2	Linda Esmeralda Buitrago Rami.	25/03/22	R.C 1082132311	23351693	18/10/24	Comisaría de familia Guacalupe
3	Breiner Stid Buitrago Ramirez	07/03/24	R.C 1082132734	23351691	18/10/24	Comisaría de familia Guacalupe
4						

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Linda esmeralda por su edad se encuentra vinculada a la modalidad hogar comunitario primario en función y Brenner por su edad y etapa no se encuentra generalizado.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☒ No	☒ 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.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Por la edad y etapa de desarrollo no realizan prácticas de cuidado y protección, por lo cual estos los suplen la madre sustituta en favor de su cuidado y protección.

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 período actual cursado		☒		☒		☒				
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	☒		☒		☒					

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

Linda y Bremer no cuentan con boletines escolares por su edad. Luis Angel apenas esta cursando grado preescolar

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

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

Se verifica en buenas condiciones las dotaciones.

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

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

La visita la recibe la madre sustituta con buena disposición, los usuarios se encuentran en buenas condiciones de aseo y presentación personal. Se encuentran realizando sus actividades adecuadas.

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	Sin humedad pisos	seguros, no resbalos, os, sin	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

Se evidencia que las condiciones habitacionales son adecuadas en orden de higiene.

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

- Brenner asistir a cita por médico general el 07/03/2025.
- Linda debe asistir a cita por psicología el 10/03/2025, y cita por (cirujano) odontología el 07/03/2025
- Luis Angel debe asistir a cita por psicología 07/03/2025 y odontología el día 08/03/2025.

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

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

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita <i>Laura Fernanda Soto</i> Firma de la persona que realiza la visita <i>Laura Fernanda Soto</i> CC. 1077873295 TP. 919284 Celular: 3222386509. Correo electrónico:	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita <i>Mireya Cruz Valenzuela</i> Firma de la persona que recibe la visita <i>Mireya Cruz</i> CC. 52995117 Celular: 3122048410 Correo electrónico: mire-yin9580@hotmail.co
--	---

Notas:

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

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

convivencia. Es una niña muy amable
respetuosa, agradecida
mejoro notablemente con Guadalupe ya
que se dejaba llevar por Johana y oviana
para ser indiferente con Guadalupe.
se llamo la atención en familia, y el
equipo psicosocial dialogaron con
Dianita y mejoro notablement

 Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

1 Febrero al 10 2025

Salud: Dianita se gozando de buena salud
durante el tiempo que lleva en mi
unidad de servicio

Alimentación: mantiene muy buenos hábitos
alimenticios, siempre agradece cuando se
le ofrecen los alimentos.

Higiene: Es una niña aseada y ordenada
con sus objetos personales.

Estudio: ya su comisario envió notas
y del grado 5º se pidió cupo en el
colegio - género Diaz Jordan, para el grado

Sexto, estamos a la espera que nos den el
cupo; es una niña muy obediente y respon-
sable cuando se le pide que lea y repase
las matemáticas.

Sueño: Trabajar en un banco y estudiar
administración de empresas.

Talento: persona muy humilde

Temor: No ver a su mamá

Recreación; disfruta cuando vamos a la
finca, u otros salidos.

Comportamiento: Es una niña muy respetuosa
con los miembros de la familia y sus
(compañeritos) compañeros.

10 febrero al 28 - 2025.

Salud: Dianita es una niña que a
grado de buena salud, el día 20 de
febrero asistió al control de joven
fue remitida a pediatría por estatura y
sobre peso, el mismo día la atendió

pediatria, y le ordenaron exámenes de
tiroides, estamos a la espera que la EPS
el día 21 asista a higiene y odontología
debe volver a odontología 2 semanas

Pendientes:

Higiene es un niño muy asustado y
ordenado.

Temor: No ver a su mamá

Recreación: disfruta cada actividad
que se realice en terapia.

Estudio: el día 21 febrero ingreso
al colegio departamental hora de
12:20 A 6:50 PM.

Comportamiento: es una niña
obediente y respetuosa

Talento: persona muy hermosa

Lavateranides
Soto
psicóloga

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 14-02-2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☐	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

REGIONAL HUILA CENTRO ZONAL LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
CRISTIAN CAMILO ARIAS	1010242019	3112431071

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
8-01-2025	Shirley Gonzalez	Yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Identificación: 36383845		
Dirección: CALLE 6 N. 3-79 URBANIZACION COMFAMILIAR	Tel. Fijo NO TIENE	Celular 3138961014
Barrio: CIUDELA COMFAMILIAR	Correo electrónico: legomez19930@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	DANIELA VALENTINA VILLAMIL	10/10/2009	T.I 1081408637	23438475	26/12/2023	COMISARIA DE FAMILIA SAN AGUSTIN
2	TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS	12/09/2014	T.I. 1061225531	1763806813	13/02/2024	SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ALVAREZ
3	KRISHDAEL MARTINEZ BARONA	5/09/2012	T.I 1096037678	23438454	21/12/2023	COMISARIA LA PLATA
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

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

Descripción general de lo encontrado:

Donela! Psicología Clínica tuvo (5-02-2025) cada 15 tiene psicología clínica, psicología cada 15, va esta autorización Neuropsiquiatría

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.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Per no hay agenda, dermatología tiene oportunidad de un caso (bebera vincular)

Per derecho, en Jirir, odontología tuvo 28-01-2025, cursa grado 6to S.E.J.T.P.

• Tania: A la fecha se encuentra hospitalizada en la clínica Uos por la

Gastritis, Tania, los entregaron por EPS Paratiro y Alimento, espera examen Papan y
para saber si la operan, tuvo traumatología pediátrica 3-02-2025, Neurología 20-7-2025
odontología higiene oral 15-01-2025, cursa el grado 5to S.E.J.T.P.
• Kndhael: Psicología clínica tuvo 15-01-2025,

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☐ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO

Descripción general de lo encontrado:

- Daniel: es niño en riesgo físico ya que se encuentra en acefalidad, estacionaria en Polivolta que atiende extrínsecamente participar en fútbol, ha presentado comportamientos de riesgo, golpea al hermano de menor, ha estado dentro en lo US.
- Tania: A la fecha de la visita se encuentra hospitalizado en la clínica Lira por la gastroenteritis, debido a la discapacidad no realiza actividades.
- Krisdhar: ha estado juicioso como siempre, participa en fútbol como actividad extrínsecamente, atiende a las normas, concurrencias y pautas de crianza que muestra la Madre y tía.

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					
Carta de Salud	X		X		X					
Citas Médicas	X		X		X					
Registro Civil	X		X		X					
Documento de Identidad	X		X		X					

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICJF Y A LA LEY 1521 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 10

Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X			X	X		1	1	1	1
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X					

Observaciones:

Las carpetas de los usuarios se encuentran archivadas legadas y actualizadas a la fecha de la visita, tanto debido a la condición de discapacidad no cuenta con un plan de estudios educativo.

Los cuadernos de registro de experiencias se encuentran debidamente diligenciados y actualizados.

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)

- Daniela cuenta con la dotación adecuada para la Práctico.
- Tania: Debido a la discapacidad no requiere dotación escolar, pendiente dotación pedagógica, el 14-07-2021.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MQ4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

- completo el año para recibir dicha notificación.
- Krisdhael: cuenta con la respectiva dotación

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

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

Observaciones:

La carpeta de la Madre Sustituto se encuentra
actualizada, legada y actualizada a la fecha,
de igual manera la información de las redes de apoyo.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

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

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

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

La unidad de vivienda se encuentra en óptimas condiciones de orden, aseo e higiene, la vivienda cuenta con alimentos rotulados en óptimas condiciones de consumo, la Alacena cuenta con suficientes productos para los usuarios, Al momento de la visita se encuentra el usuario Fredyael, Daniela se encuentra estudiando, el usuario se encuentra con buena protección personal.

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

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

No se dieron hallazgos.

Se recomienda a la M.S. continuar garantizando a los usuarios los diferentes procesos que representan el usuario, de igual manera dar a conocer cualquier novedad que se presente en los niveles con los usuarios ante el operador y Autoridades Administrativas

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		LEIDY CONSTANZA GOMEZ ARDILA	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
		<i>Leidy Constanza Gomez</i>	
CC. 1010242019	TP 1010242019	CC.36383845	
Celular: 312431071		Celular:3106284835	
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: legomez19930@hotmail.com	

Notas:

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

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSEF Y A LA LEY 1501 DE 2012



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: Judy Constanza Gomez.

Dirección: Calle 6 # 3-79 Organización Comfamiliar

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad cuenta con rejas, pero la unidad no se cuenta con estoreas por ende no requiere presencia.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Castro Camilo Aní,	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Castro Camilo Aní	
CC. 10624499	TP. 100242014
Celular: 3112431071	
Correo electrónico:	

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

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

OBSERVACION GENERAL
El usuario cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Krishnael Martinez Barona

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Luz Gama

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Christian Camilo Arias

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

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

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

OBSERVACION GENERAL
Lo usuarios cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Lo firmar

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Leidy Gama

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Ramirez 6 Años

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

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

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	✓	
Cepillo dental	✓	
Ceda dental	✓	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	✓	
Toallas higiénicas	✓	
Peinilla o cepillo	✓	
Tapabocas dos unidades por cada niño	✓	

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

OBSERVACION GENERAL
La usaria cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Daniel Villanar

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Lidia Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristina Campo Ariza

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

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	14-02-2024	CENTRO ZONAL	La Plata
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Leidy Constanza Gomez			
	SI	NO:	
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?		X	La Madre Sostituta no cuenta con Bienestarina
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Leidy Gomez		Cristian Camilo Arias	

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

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSION 1 FSYTC-2022- 01/03/2022 FECHA DE APROBACION: 01/03/2022
FECHA:	14-02-23.	
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:	Luis Gonzalez Gomez	
CENTRO ZONAL:	La Plata	
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:	Cristian Camilo Arias	
OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)		
ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO
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 realizó la visita?	X	
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X	
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X	
	X	
OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)		SI
5. ¿El profesional se dio 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 jóvenes durante la visita?		X
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?		X
8. ¿El profesional se despidió por la vivienda, solicitó permiso?		X
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?		X
Observaciones de la Madre Sustituta:		
Luis Gonzalez FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA		

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28 02 2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social yo te cuido	c/17N 2E - 03 B/ Santa Clara	- 0 -

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Karen Yessenia A.	1004442110	3138249598

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
	Laura Fernández Soto	Fundación social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido Almario	Segundo Apellido Calderon	Nombres Miryam
Identificación: 26491705			
Dirección: Cr 5 N 6-53	Tel. Fijo 6088335922		Celular 3118337233
Barrio: Centro	Correo electrónico: miryamalmario67@gmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Angel David Trujillo	19/08/20	R.C 1081519078	23344540	20/12/22	Defensoría de familia de Garzón
2	Leidy Johana Guelli Cediel	02/10/10	1076508058	23351697	13/12/24	Defensoría de familia de Garzón
3						
4						

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

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considere 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 1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

En el momento Ángel David Trujillo no se encuentra adelantando acciones para su proyecto de vida en razón a su edad y etapa de desarrollo.

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 ☐

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 1561 DEL 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Ángel David no cuenta con encuentros biológicos en razón q se le encuentra declarado en adoptabilidad

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							

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 1981 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

La documentación de los usuarios se encuentra acorde a su edad, no se cuenta aún con el botín de notas de edad.

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

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

A la fecha los dos usuarios cuentan con la dotación correspondiente y en buen estado para su uso.

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

La carpeta de la madre sustituta se encuentra debidamente actualizada y en orden, así mismo se evidencia que cuenta con los debidos soportes requeridos

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

A la Fecha la unidad de servicios se encuentra en optimas condiciones para la prestación del servicio

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

sin compromisos y/o hallazgos a la Fecha

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



PROCESO PROTECCIÓN
FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F 14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias.
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Karen Yessenia Alvarez C	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Firma de la persona que realiza la visita Karen Yessenia Alvarez	Firma de la persona que recibe la visita Miguel Plutarco E.
CC. 1004442110 TP. 1004442110	CC. 26471.705
Celular: 3138249598	Celular: 3118337233
Correo electrónico: trabajoactual.garten@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.

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 2013

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28 02 2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Corzon

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre Fundación Social Yo Te Cuido	Dirección Cll 7 N. 2 E-03 B/Santa Elena	Teléfono — 0 —
---	---	-------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos Laura Alejandra F.	CC. 1.077.873.295	Celular 322 2386509
---	----------------------	------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 30 03 2025	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita Karen Patricia Alvarez	Entidad que realizó la visita Fundación Social Yo Te Cuido
----------------------------	---	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Triona	Casas	Olga Lucía
Identificación: 1.077.356 336			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
C/6 N. 2-63			
Barrio:		Correo electrónico:	
Reservas de Garzón		luciatrionacasas@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	Catalaya Coet Montoya	11/11/23	1.077.833 434	2335 0993	05/07/24	Comisaria de Familia Suarez
2	Jerónimo Calderón Salgado	30/12/17	1.083.929 460	2335 1037 25	16/10/24	Comisaria de Familia Pitalito
3	Julian David Hbertus Cejudo	19/02/08	1.028.885.858	2335 1730	21/11/24	Defensorio de Familia Garzón
4						

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!



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

5

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Julian no cuenta con su documento de identidad,
así mismo no cuenta con la documentación esco-
lar para la vinculación al sistema educativo,
en cuanto a catalaya no se encuentra vinculada al
sistema educativo en razón a su edad de un año

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Julian a la Fecha no ha logrado contar con encuentro biológico en razón a que su red vincular no desea asistir a los encuentros programados por el operador.

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	☒		☒		☒					

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

A la Fecha el adolescente Julian no cuenta con los servicios en Salud en el municipio de Garzón más sin embargo se está en la gestión de portabilidad

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)

Catalaya y Julian no cuentan con dotación escolar debido a que no se encuentran vinculados al sistema educativo

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

La documentación de la madre sustituta se encuentra debidamente ordenada y actualizada, así mismo a la fecha cuenta con la documentación pertinente.

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	Sin humedad pisos	seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Despensa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Comedor	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sala	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lavandería	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dormitorios	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Baños	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

A la Fecha de la Visita la Unidad de
Servicios cuenta con optimas condiciones
para la prestación de servicios

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

• Continuar con las gestiones para la
portabilidad en salud de adolescente
Julian David Huertas, así mismo la relaciona
do a la vinculación al sistema educa
tivo.

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

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

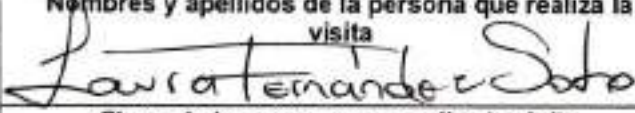
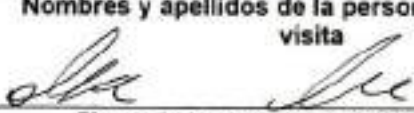
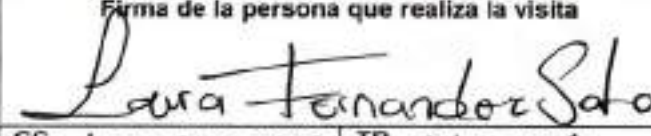
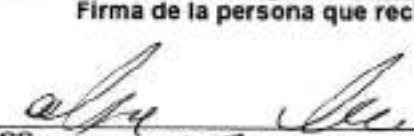
Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita 	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita 
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 2077873295 TP. 219284	CC. 4044856836
Celular: 322 2386509	Celular: 313 8686593
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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 12/02/2025.

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
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
15/01/2025	Gustón Camilo Arias	Fundación Social Yo te cuido

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido CALDERON	Segundo Apellido USECHE	Nombres WILSON
Identificación: 12271864			
Dirección: Calle 19 No. 1AE - 04		Tel. Fijo NO REFIERE	Celular 3103311759 - 3154138976
Barrio: Ciudadela San Miguel		Correo electrónico: Quinterochaux@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	☒	Plan Mejoramiento ²	☐	Seguimiento extraordinario	☐
-----------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

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

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	MAUREN STEFANY GONZALEZ CAMPOS	02-05-2009	T.I 1059765782	23439965	08-08-2024	DEFENSORIA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
2	SHARIT TATIANA MOSQUERA TITIMBO	09-03-2019	REGISTRO CIVIL 1080267595	1764277737	6-09-2024	DEFENSORIA PRIMERA/ALONSO MARTINEZ
3	LUISA FERNANDA PARRA MEDINA	7/10/2021	REGISTRO CIVIL 1080268464	23439972	2º-08-2024	DEFENSORIA PRIEMRA/ALONSO MARTINEZ

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

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 10

4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 10

Descripción general de lo encontrado:

Mauren: Atenciones en salud al día. Paso por psicología el
dia 6 de febrero (entre control en 6 meses). Odontología, retoma
tratamiento de odontología el 19 de febrero.
Luzai: atenciones en salud al día, atención por pediatría
el 18 de febrero, control de nutrición para marzo, maltrato sexual
en el hogar infantil (básico) hogar de cura de ICBF.

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 ☒

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
1591 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐

Descripción general de lo encontrado:

Shant: atenciones de salud al día, atenciones por fisioterapia para el 18 de febrero el día 18 de febrero en gaitan, psicología en EPS para el mes de marzo, cursa el grado primero en la institución educativa san antonio.

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	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

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:

La carpeta de los usuarios organizados y acorde con los requerimientos de cada caso según sus necesidades.

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 usuarios de la unidad cuentan con su dotación al día y dando un buen uso de ella.

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.

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

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

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

Observaciones:

Documentación actualizada al 2025, red de apoyo actualizada, antecedentes actualizados.
Carpeta debidamente organizada.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

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:

Unidad de servicio a la cual se le realizó el
orden y el aseo.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

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

→ sin hallazgos.

Se recomienda continuar con la gran labor con los niños y niñas.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

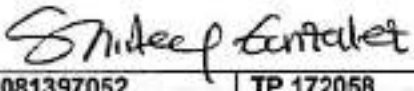
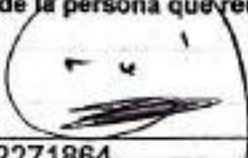
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		WILSON CALDERON USECHE	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
			
CC.1081397052	TP 172058	CC. 12271864	
Celular: 3147988239		Celular: 3217612621	
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com		Correo electrónico: calderonusechewilson@gmail.com	

Notas:

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

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

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

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

OBSERVACION GENERAL
<p>Se está llevando con la dotación adecuada y buen uso</p>

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: S. HARTAJA HA

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Llave cuenta con dotación al día y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firmo.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Silvia Gonzalez.

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

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

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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Mueven cuenta con la dotación al día y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley GARCIA

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	12/02/2025		CENTRO ZONAL	La Plata.	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA Wilson Calderon.					
	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	/	/	/

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	/	/	/
<p>COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:</p> <p>Se recomienda cuando tenga este alimento lo continúe usando en (en diferentes preparaciones)</p>			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
		<p>Shirley Gonzalez</p>	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

		FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSIÓN 1 FORTC.0001 - 01/09/2019 FECHA DE APROBACIÓN: 01/09/2019	
FECHA: 12/02/25					
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Wilen Calderon.					
CENTRO ZONAL: La Piedad.					
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gonzalez					
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)					
ASPECTO A EVALUAR		MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?					
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?					
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?					
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?					
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?					
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)				SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?					
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?					
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?					
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?					
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?					
Observaciones de la Madre Sustituta:					
La da fue muy formal y respetuosa. <div style="text-align: center;">  FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA </div>					



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

Dirección: cl 19 # 1NE-04

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



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Shirkeap Gonzalez

Firma de la persona que realiza la verificación

Shirkeap Gonzalez

cc. 68139102

TP. 17058

Celular: 314758239

Correo electrónico:

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 11/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☐	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional: HUILA

Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Dirección CALLE 13 # 5E – 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	Teléfono 3124564343
--	--	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos SHIRLEY GONZALEZ	CC. 1081397052	Celular 3147988239
---	-------------------	-----------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 21/01/2025	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita Enka Katherine Rodriguez	Entidad que realizó la visita 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 considere 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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN		F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR		Versión 1	Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido DORADO	Segundo Apellido QUIJAN	Nombres MARISANDA
	Identificación: 36.380.700		
Dirección: Calle 3 Sur # 7-13		Tel. Fijo	Celular 3112035880
Barrio: CAMILO TORRES		Correo electrónico: marisandadorado@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	ADAN LAVAO RIVERA	5-10-2014	T.I 1077241418	23433836	02/01/2025	DEFENSORIA SEGUNDA DE FAMILIA/VELIANA ALVAREZ
2	JUAN JOSE PAI EMBUS	23-05-2007	T.I 1117784940	23440824	26/12/2024	DEFENSORIA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
3	SEBASTIAN NOGUERA MOSQUERA		T.I 1081405938	SIN INFORMACION	10/02/2025	DEFENSORIA PRIMERA ALONSO MARTINEZ

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN		F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR		Versión 1	Página 3 de 10

4	WILLINGTON NAMUNDIA GUAGUARAVE	06/07/2009	T.I 1086635354	SIN INFORMACION	04/02/2025	DEFENSORIA SEGUNDA DE FAMILIA/ELIANA ALVAREZ
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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 KCBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Adon: El usuario está hospitalizado en la clínica Médica de Girardot Tolima, la madre sustituta manifiesta que nuestro bien, como bien y habla con el mediante video llamada. Jon Jese cuenta con atenciones en salud al día, por el día 12 de febrero lo atienden en Psiquiatría clínica, odontología, actualmente asiste a educación, respecto a la vinculación educativa desde la defensoría se adelanta el trámite para vinculación a institución de bachillerato acelerado y cumple con la meta de graduarse como bachiller y de esta forma se vincula al ejército como lo ha manifestado el usuario. Sebastian: usuario al cual es derivado de un grupo armado por tanto se requieren acciones para el reintegro familiar por parte de la defensoría.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
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

Descripción general de lo encontrado:

Willington: Usarra que se unió a la medida de protección el día 2 de febrero y el coord también se encuentra en proceso de reintegro familiar por parte del defensor, por tanto los dos últimos casos no se han autoliquidado entonces en sueld. Willington no está afiliado al sistema de salud.

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 ISF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

La MS esta a la espera de lo que diga la defensa para de esta forma poder garantizar la garantía de los derechos de los menores.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Caillington y Sebastian recién llegados a la ciudad no se han adelantado trámites de atención en salud ya que se está a la espera del resultado de los exámenes, de igual forma se le pide a la MS adelantar una valoración al sistema de

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSE Y A LA LEY 1561 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 7 de 10

Willington para que quede con este tramite adelantado ya que este servicio es vital para el usuario.

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)

Adn. con su dotación al día. Aunque no se le ha dado la dotación exacta que fue con su ingreso a una institución educativa, Willington y Sebastian se les soltó la dotación inicial, se está a la espera de este.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la	X		

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

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

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

Observaciones:

La carpeta de la MS organizada y con la documentación organizada.

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
Dispensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

la ciudad de servicio en excelente orden, todos los habitáculos organizados, los cuartos con sus cosas organizadas, alimentos necesarios para la garantía del derecho a los alimentos.

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

→ sin hallazgos.

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 10 de 10

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☐ Diálogo con miembros de la familia.
☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros.
☐ Observación a vivienda, dotación, otros.
- ☒ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita MARISANDA DORADO QUIJAN	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1081397052 TP. 172058		CC. 36.380.700	
Celular: 3147988239		Celular: 3112035880	
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: marisandadorado@gmail.com	

Notas:

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

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

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Donde tiene su dotación al día

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Juan Jose Páez Embus

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley González

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

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

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	✓	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar		No usa.
Desodorante	X	
Toallas higiénicas		X
Peinilla o cepillo		No usa.
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

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

OBSERVACION GENERAL
Williamson tiene la dotación al día y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Wilinton Vamundia

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shulee 6

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

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

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

OBSERVACION GENERAL
La madre sustituta entregó en el hospital un kit de aseo completo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ornela G

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar		
Desodorante	X	
Toallas higiénicas		X
Peinilla o cepillo		X
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	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

Sebastian cuenta con la dotación y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: sebastian noguera rosquero

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shuleef 6

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	11/02/2025		CENTRO ZONAL	La Plantel.	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Maricela Dorado					
	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	/	/	/

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?		X	/
<p>COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:</p> <p>La unidad por el momento de la visita no cuenta con este alimento.</p>			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Sandra Dorado.		Shirley Gontiellet	



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSION I FSVTC-005- 01/05/2012

FECHA DE APROBACION: 01/05/2012

FECHA:	11/02/2015			
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:	Monsueta Dorado			
CENTRO ZONAL:	La Piedad			
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:	Shirley Cantulez			
OPINION 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 realizó la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			
	X			
OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)			SI	NO
5. ¿El profesional socializó 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 jóvenes 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, solicitó permiso?			X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?			X	
Observaciones de la Madre Sustituta:				
Sandra Dorado				
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA				



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: Mariuxinke Doracab

Dirección: Cl 3 Sur # 7-13

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Shuleef Cantalete

Firma de la persona que realiza la verificación

Shuleef Cantalete

CC. 100134452

TP. 17108

Celular: 314748239

Correo electrónico:

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 18-02-2025.

Hogar Sustituto	Vulneración	☐	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila _____ Centro Zonal La plata _____

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N° 5 E 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	3107865661
------------------------------	---	------------

Profesional que realiza el seguimiento:

CRISTIAN CAMILO ARIAS	CC 1010242019	3112431071
-----------------------	---------------	------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>18-02-2025</u>	<u>Shirley Gonzalez</u>	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR		F14.MO4.P	27/07/2021
			Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	SERRATO	VARGAS	ROSALBA
	Identificación: 36376687		
Dirección: Carrera 4 8-52		Tel. Fijo No tiene	Celular 3222408941
Barrio: San Rafael		Correo electrónico: rosalbaserrato421@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que la adoptó
1	JUAN CARLOS RAMÍREZ MUÑOZ	4/09/1982	12282240	23404106	7/10/2019	DEFENSORÍA SEGUNDA
2	DENCY CARINACUNACUE YUGUE	25-03-2020	R.C. 1081618593	23439254	09-04-2024	ALONSO MARTINEZ PULIDO/ DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA
3	LUCIANA CUNACUE YUGUE	05-04-2018	R.C. 1081423813	1763995826	09-04-2024	ALONSO MARTINEZ PULIDO/

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!

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN		F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR		Versión 1	Página 3 de 10

						DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA
4	BRAYAN STIVEN ORTIZ GUZMAN	7-04-2008	TI 117264916	SIN INFORMACION	11/12/2024	DEFENSORIA TERCERA DE FAMILIA CRISTINA MOLINA ARTUNDUAGA
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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 4 de 10

Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:**4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:**

Juan Carlos: tuvo atención el 11-02-2025 para que le fardaran el Biperideno con una 1 cada 24 horas, requiriendo 1/2 hora, Acido Valproico 1/2 hora, Dency tiene cita el 19-02-2025 de medicina general, el 8-02-2025 tienen portabilidad en Nueva EPS, Jonathan tiene atención por medicina general el 18-02-2025 en la tarde, el 8-02-2025 tienen portabilidad en Nueva EPS, Jonathan tiene atención por medicina general el 18-02-2025 por la tarde.

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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

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

Descripción general de lo encontrado:

* Juan Carlos: No está en contacto familiar debido al proceso de adopción, no participa en actividades extracurriculares debido a la condición de discapacidad. * Nancy: Tiene encuentros Pedagógicos, según a la edad. * Brayan: Tiene encuentros Pedagógicos, participa en actividades extracurriculares de natación. * Brayan: Tiene encuentros Pedagógicos por adelantado, está en trámite de inscripción de actividades extracurriculares en danza.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legalizada	☒		☒		☒		☒		☒	
Acta de colocación	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración/Seguimiento	☒		☒		☒		☒		☒	

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

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:

- Juan Carlos: Presenta buen comportamiento en la unidad, no cuenta los bolsoneros debido a la discapacidad y no participa en el área educativa, tiene buena presentación personal. • Dency: no hace caso, en algunas ocasiones, pelea con la hermana, no consume todos los alimentos, llorona! no hace caso, al colegio no trabaja no presta atención a clase y este repitiendo pero, no consume en gran cantidad los alimentos. Brayan: En la semana presenta una situación de conflicto con la ms, en algunas ocasiones es desordenado, capotas en orden, arrojadas y "legajadas".

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)

Los usuarios cuentan con la respectiva dotación, Juan Carlos no tiene dotación escolar debido a que no asiste al colegio debido a la discapacidad física la

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

Detacian, Nancy y Juana, no cuidan la detección, son negligentes, Bryan les presento actitudes de desorden.

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 SUS/S	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

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

Observaciones:

La carpeta de la Madre Sustituta se encuentra debidamente archivada, legada y actualizada a la fecha, así mismo los redes de apoyo.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

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

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

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

La ciudad de sercú se encuentra en óptimas condiciones de aseo, higiene y asepsia, la vivienda y alacena cuenta con alimentos en calidad y óptimas condiciones de consumo y almacenados.

--	--	--	--

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

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

→ No se dejan hallazgos,
 Se recomienda a la MS continuar garantizando
 las atenciones en salud y demás procesos que
 requieran los usuarios.
 Dar a conocer cualquier eventualidad que se presente
 en los usuarios ante el operador y Autoridades
 Administrativas.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

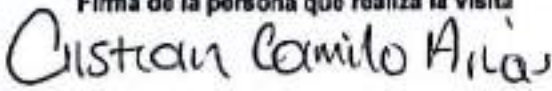
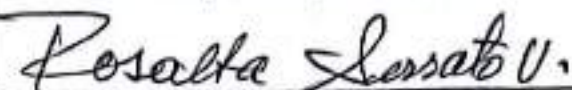
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita ROSALBA SERRATO	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC.1010242019	TP.1010242019	CC. 30378087	
Celular: 3112431071		Celular: 3222408941	
Correo electrónico: yoteculdofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: rosalsaserrato421@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 (6) 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 DEBEN TRATARSE DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18-02-2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Rosalia Serrato.			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1
			0002091888
			22-06-2025

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se encuentran debidamente almacenadas

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:	
Se recomienda continuar almacenando la Bienestarina en optimas condiciones.	
FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Rosalba Serrato U.	Cristian Camilo Arias

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

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

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	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	✓	
Tapabocas dos unidades por cada niño	✓	

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Brayan Stiven Ortiz
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosalia Serrato
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Comite Anón

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

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	✓	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	✓	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

El usuario cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por discapacidad
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosalba Sessato U.
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Custodio Camilo Arias

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

La usuaria cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:

Lysiana

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

Rosalba Serrato Vargas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Cristian Concha A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

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

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

OBSERVACION GENERAL
La usuaria cuenta con la respectiva dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosalba Lasso

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

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



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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Rosalba Serrato.

Dirección: Calle 11 N 3-80 B/Su Rafael.

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad no presenta escombros y basuras por ende no requiere protección y paramento, todo se encuentra en óptimas condiciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Arias	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Arias	
CC. 101242019	TP. 101242019
Celular: 311242019	
Correo electrónico:	



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSION 1 FORT-2000-01/2002

FECHA DE APROBACION 01/03/2002

FECHA: 18-02-2016
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Rosalba Serrano
CENTRO ZONAL: La Plata
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristine Sambo Hino

OPINION 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 realizó la visita?		X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?		X			

OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. El profesional se dio 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 jóvenes durante la visita?	X	
7. Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. El profesional se desplazó por la vivienda, solicitó permiso?	X	
9. El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Rosalba Serrano

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 14-02-2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional: HUILA

Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Dirección CALLE 13 # 5E - 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	Teléfono 3124564343
--	--	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos CRISTIAN CAMILO ARIAS	CC. 1010242019	Celular 3112431071
--	-----------------------	---------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>10-01-2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Shirley Banderer</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Yo te Cuido.</u>
-----------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	Primer apellido ARANDIA	Segundo Apellido MARTINEZ	Nombres YOHAIIRA
	Identificación: 55.131.290		
Dirección: CARRERA 6 N° 8-68		Tel. Fijo	Celular 3166034632
Barrio: BARRIO SAN RAFAEL		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	KAREN SOFIA CACERES ARGOTY	23/11/2010	T.I 1,145,826,216	23439056	7/01/2024	COMISARIA DE FAMILIA LA ARGENTINA/ ALEXIS NICOLAY PATIÑO
2	DAIRON LEONARDO ROSAS CALVO	22/08/2008	T.I 1076741193	23589809	2/09/2008	CLAUDIO HERNAN LOPEZ/ DEFENSORIA CUARTA DE FAMILIA
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.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

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

Descripción general de lo encontrado:

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

- Karen: La MS Solicito al comisario aya para que el colegio Marillac y los Carlos Trujillo para que den apo, de igual manera la Estora de caso, Karen egreso de la clinica Sonar y vivir el 31-01-2025 e ingreso nuevamente al hogar Sustituto, tuvo psicología eps 4-02-2025 control 4-4-2025, control del joven 4-02-2025, medicina general 4-02-2025, higiene oral 4-02-2025, 15-02-2025 odontología, 14-02-2025 solo cita odontología para el 17-18-19 de febrero, esta pendiente agenda cita psiquiatria.
- Dairon: Psicología clinica tuvo 11-01-2025, tiene control en Mayo, el 18 tiene certificado medico para ingresar a futbol, tiene cita prueba de inteligencia el 25-01-2025, el Defensor aun no la ha autorizado.

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

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 DELICBF Y A LA LEY 1501 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 10

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

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios no cuentan con encuentros biológicos, Dairon esta en proceso de adoptabilidad y Karen debido a que el progenitor debe presentar algunos procedimientos pendientes. Karen ingresará a Fútbol Sala como actividad extracurricular los días lunes, miércoles y viernes, Dairon ingresará a fútbol como actividad extracurricular, los usuarios cuentan con garantía en los diferentes procesos que requieren.

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							

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X																
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X																
Valoración Médica	X		X																
Fórmulas Médicas	X		X																
			X																
Carné de Salud	X		X																
Citas Médicas	X		X																
Registro Civil	X		X																
Documento de Identidad	X		X																
Boletines Escolares – del período actual cursado		X		X															
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X																

Observaciones:

La carpeta de los usuarios se encuentran archivadas correctamente, logajadas y actualizadas hasta la fecha. Los usuarios no cuentan con boletines debido a que Karen no se encontraba estudiando y a la fecha sigue a la espera de cupo. Daron el año 2024 no estuvo estudiando.

Karen: continúa consumiendo en tratamiento farmacológico, Fluorelina 1 tableta (4/4 horas) en el desayuno, Ácido Valproico 1 tableta (1/2 horas), Tramadolina media tableta en la noche, Daron: Quetiapina cada 24 horas, Ácido Valproico (1/2 horas), Zertulung (1/2 horas).

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							

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.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

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

- Karen: NO cuenta con dotación escolar debido a que aun no se encuentra vinculada al sistema educativo, la demás dotación se encuentra organizada, armada y en optimas condiciones de uso.
- Dairo: El usuario cuenta con la dotación en orden, organizada y en 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 si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la carpeta de la Madre Sustituta se encuentra en optimas condiciones, de archivo, organizada y actualizada hasta la fecha.

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

a los usuarios optima desarrollo de las actividades
cotidianas, las espacios habitacionales se encuentran en
orden.

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

→ No se dan hallazgos.

Se recomienda a la MS. continuar garantizando las
diferentes atenciones y procesos que requieren los usuarios, así
mismo dar a conocer ante el operador y Autoridades
Administrativas cualquier eventualidad que se presente con los
usuarios.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

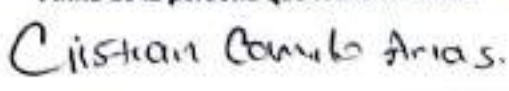
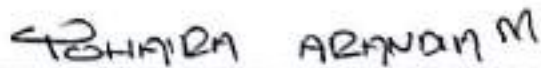
- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita YOHAIARA ARANDIA MARTINEZ
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1010242019	TP. 1010242019	CC. 55131290
Celular: 3112431071		Celular: 3166034632
Correo electrónico: yoteculdofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com

Notas:

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

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

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

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

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	✓	
Cepillo dental	✓	
Ceda dental	✓	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	✓	
Toallas higiénicas	✓	
Peinilla o cepillo	✓	
Tapabocas dos unidades por cada niño	✓	

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

OBSERVACION GENERAL
La usuaria cuenta con la dotación requerida.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Karen Sofia Caceres Aguilar

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: CRISTINA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: CRISTIAN CAMILO ARIAS

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

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

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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
El usuario cuenta con la dotación requerida

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: DAIRON LEONARDO ROSAS

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: CRISTINA ABANDON M.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Conilo Arias

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

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	14-02-2025.	CENTRO ZONAL	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Yohaira Arandiga.			
	SI	NO:	
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		UNIDAD AAVN
			LOTE
			FECHA DE VENCIMIENTO

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		La Bienestarina se encuentra debidamente almacenada.
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Se recomienda a la madre Sostituta continuar almacenando debidamente el producto.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL		
Yohaira Arandiga M.	Cristian Camilo Arias.		

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



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: Yohana Aranda

Dirección: Conera 6 A 8-68 B/San Rafael.

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.	Y	
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.		Y
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	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tomillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad no cuenta con escaleras, valiones por ende no requieren electric protección, la unidad cuenta con todo lo requerido al día.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Arias	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Arias	
CC. 1010242014	TP. 1010242014
Celular: 3112431071	
Correo electrónico:	

		FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSIÓN 1 PSYTO-008- 05/01/2022 FECHA DE APLICACIÓN: 01/02/2022	
FECHA: 14-02-2025					
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Uchaya Arandia					
CENTRO ZONAL: Jo Aata					
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristina Romulo Arias					
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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó 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 jóvenes durante la visita?			X		
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?			X		
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?			X		
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?			X		
Observaciones de la Madre Sustituta: Ninguna. Agradece al Profesional del trabajador Social el ver; Gaton x su Amabilidad y compromiso;					
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA: <u>Cristina Arandia M.</u>					

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 10/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal La Plata

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	CC 1081397052	3147988239
-------------------------------	---------------	------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
15/01/2025	Cristian Camilo Arias Arias	Fundacion social Yo te cuido

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MQ4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

RESPONSABLE DEL HOGAR	SANCHEZ	CAUPAZ	ELVIA YOLIMA
IDENTIFICACIÓN: CC 36380913			
Dirección: carrera 7 -7-52		Tel. Fijo No tiene	Celular 3112054419
Barrio: Paéz		Correo electrónico: eyolimasanchez@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	ANGEL JACOB OYUNE ROJAS	06-09-2019	R.C 1075324820	23439657	13-05-2024	ELIANA MERCEDES ALVAREZ/DEFENSORIA SEGUNDA
2	WILLINGER DAVID CARDAS ESCULPI	30-09-2015	R.C.V 7481954	SIN INFORMACION	05-08-2024	ELIANA SOFIA CASTRO/ COMISARIA DE FAMILIA
3						

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 10

4						
5						

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

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

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

Descripción general de lo encontrado:

Wellington tiene pendiente por alinear caso con psicología
la MS está en este trámite que que (WEP) no tiene caso clausu-
ribles por ahora. Angel Jacob: tiene atenciones en subel
al día, tratamiento de adicteología - terminales y control en
un año después de la última atención acordada - requiere
hacer su etapa exitos en la institución adscritas por la
municipal, está en proceso de adaptación.

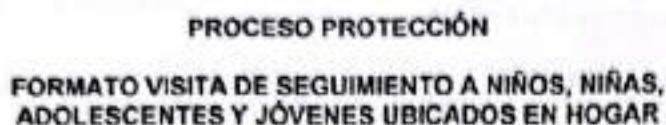
4.3. DOCUMENTACIÓN

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	X	X			

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

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

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



27/07/2021

Página 6 de 10

[illegible]

la documentación al día, carpetas organizadas según sus necesidades.

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							

Dilección de los usuarios al día, Angel feller
porque sea entregados la decisión esoter.

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
 1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

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		
Camé de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Observaciones:

la documentación de la M) al día y completo orden
certificados que faltaban certificados de manejo

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

SI x

Si el área o espacio cuenta con la condición.

NO

Si el área o espacio no cuenta con la condición.

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

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

La ciudad de Saraguro al estar con un excelente orden, la madre sustituta ayuda en la generación de hábitos de aseo y orden en los cuartos.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

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

→ Sin hallazgos

Se recomienda continuar con la buena labor e implementación de hábitos de estudio y conducta positiva.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

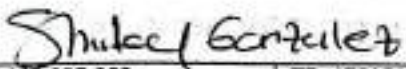
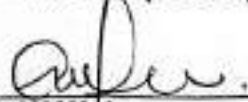
Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita

Nombres y apellidos de la persona que recibe la

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

Cualquier copia impresa de este documento se considere 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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		visita ELVIA YOLIMA SANCHEZ	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
			
CC.1.081.397.052	TP. 172058	CC. 36380913	
Celular: 3147988239		Celular: 3112054419	
Correo electrónico: HSPICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: eyolimasanchez@gmail.com	

Notas:

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL .USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

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

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

OBSERVACION GENERAL
willinger con sus datos personales.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Willinger Gaudin

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gaudin

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

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

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

OBSERVACION GENERAL
Angel Jacob cuenta con su dotacion adecuada y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Quifer

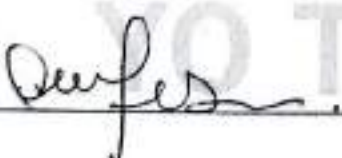
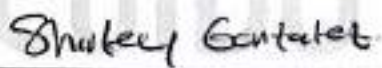
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shakeef Centurion

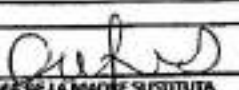
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p align="center">FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p align="center">01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	10/02/2025		CENTRO ZONAL	La Plater.	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Yolma Sanchez C.					
	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1	0002091858	11/09/2025

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Correctamente almacenado y correcto uso.
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Continuar con el correcto uso del alimento.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
			

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSIÓN 1 FORT-0018- 01/05/2022		
			FECHA DE APROBACION: 01/05/2022		
FECHA: 10/06/2025					
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yolima Sanchez					
CENTRO ZONAL: La Plata					
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gantillet					
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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó 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 jóvenes durante la visita?				X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?				X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?				X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?				X	
Observaciones de la Madre Sustituta:					
					
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA					



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: Yolima Sanchez C.

Dirección: Cra 7 # 7-52

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



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Shirley Gantubet	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Shirley Gantubet	
CC. 1081397052	TP. 17258.
Celular: 3147108239.	
Correo electrónico:	

	PROCESO MEJORA E INNOVACION FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°2	
Hora: 2: 00 pm	Fecha: 19-2-2025
Lugar:	Fundación social Yo te cuido- sede La Plata
Dependencia que Convoca:	Fundación social yo te cuido- Nutricionista
Proceso:	misional - protección - restablecimiento de derechos- IEC estrategia información educación y comunicación
Objetivo:	Capacitar en Buenas prácticas de manufactura en la elaboración de alimentos.
Agenda: Saludo por parte de la Nutricionista Tema principal Buenas prácticas de manufactura en la elaboración de alimentos. Desarrollo: Para realizar la actividad incluida en la programación de acompañamiento a familias biológicas, de manera presencial en las instalaciones de la fundación social Yo te cuido la Nutricionista realizó intervención educativa para dar cumplimiento al tema del mes de enero: importancia de los hábitos de alimentación y estilos de vida saludables. Plato Saludable Para La Familia Colombiana: El objetivo de las Guías Alimentarias es contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación, a través de mensajes comprensibles, y buscan orientar a familias, educadores, asociaciones de consumidores, medios de comunicación e industria de alimentos, entre otros actores sociales. Una alimentación saludable nos ayuda a tener un buen estado de salud, a sanar o realizar procesos de recuperación, a combatir enfermedades e infecciones y a evitar enfermedades crónicas degenerativas causadas por la obesidad, las dietas ricas en frutas y verduras pueden reducir el riesgo de algunos tipos de cáncer y otras enfermedades crónicas. Las frutas y verduras también proveen vitaminas y minerales esenciales, fibra y otras sustancias que son importantes para la buena salud. La evidencia es clara. Las frutas y verduras son una parte importante de una dieta saludable. Ayudan a los niños a crecer y apoyan las funciones corporales y el bienestar físico, mental y social en todas las edades. Pueden ayudar a prevenir todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso y obesidad) y reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles. Se realiza el baile de las frutas, con la canción de consumo de frutas, una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer.	

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

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



Beneficios de comer frutas y verduras

El consumo suficiente (o incluso más de las cantidades recomendadas) de frutas y verduras tiene muchos beneficios

- Crecimiento y desarrollo de los niños. Las frutas y verduras son ricas en vitamina A, calcio, hierro y ácido fólico, lo que puede promover la buena salud, fortalecer el sistema inmunológico del niño y ayudar a protegerlo contra enfermedades, tanto ahora como en el futuro.

Elige comer alimentos asados, guisados o a la plancha sin o con poco aceite, evita los alimentos fritos y capeados. Evita el exceso de azúcar, grasa y sal. Y también de harinas refinadas como pan, galletas, pan dulce, pizzas, etc.

Evita consumir productos procesados y ultraprocesados ya que estos contienen muchas calorías y tiene ingredientes que pueden dañar tu salud.

Debemos aprovechar también los alimentos regionales en donde ya que eso también nos ayudará a tener una alimentación variada y económica.

Otra cosa importante es incluir en las comidas principales (desayuno, comida, cena) todos los grupos de alimentos, consumiendo más verduras, debido a que nos dan satisfacción y contienen fibra, agua, vitaminas y elementos inorgánicos (minerales).

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACION FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 3 de 2

Beber agua simple en abundancia, y además puedes consumir agua de frutas sin azúcar. Evita bebidas azucaradas o gaseosas.

Decisiones: Aplicar las BPM en los hogares sustitutos para evitar intoxicaciones alimentarias.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Las familias sustitutas se comprometen a aplicar las BPM en los hogares para evitar ETAS.	Familias y usuarios de los hogares sustitutos	permanente

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

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

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 26/07/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional: Ayala Centro Zonal: Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "yo te cuido"	Calle LA #5-56	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Meneses	1007750847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
27-07-2025	Lucy Katalina Meneses	Fundación Social "yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	RIVERA	GARCIA	Paula Alejandra
Identificación: <u>1.082.779.043</u>			

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!

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Dirección: Cru 2 #27 - 21	Tel. Fijo /	Celular 3123098374
Banco: Los Arandanos	Correo electrónico: palerigao 4@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ 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	Luz Santa Reina Urbano	24/03/2020	1049 537.791	23510429	09/12/2014	Defensoría Cuarto Claudio Herman Lopez.
2	Angy Lorena Urbano	24/07/2013	1083.912.259	23510445	09/12/2014	Defensoría Cuarto Claudio Herman Lopez.
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.**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 1501 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 3 de 9

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

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Las niñas cuentan con los espacios necesarios para su desarrollo humano, con espacios educativos, fortaleciendo sus conocimientos para el desempeño de la vida cotidiana.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☒ 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.	☒ No	☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ No	☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios Luz Sarita Reina y Angy Lorena Urbina se encuentran en un entorno protector. Luz Sarita recibe encuentro biológico con su familia extensa por parte de su progenitor (los abuelos). Angy Lorena no recibe encuentro biológico.

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		/		/		/	

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P Versión 1	27/07/2021 Página 6 de 9
---	--	-------------------------------	------------------------------------

Observaciones:

las usuarias cuentan con la documentación al día, no se presenta ninguna novedad.
 Todo en orden.

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										
Aseo e higiene personal	X		X							

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

No se encuentra observaciones para hacer
referente a la documentación de la señora
madre sustituta Doña paula Alejandra.
Documentación al día

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

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

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin aristas	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	N/A	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 8 de 9

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

La vivienda se encuentra con la medida de higiene, infraestructura adecuada, los dos varones tienen su cama su cama y todo se evidencia de las mejores condiciones tanto para bienestar y desarrollo.

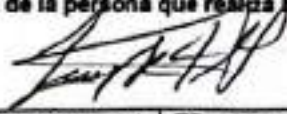
5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

La señora paula, tiene una vivienda diseñada para el bienestar de todos los miembros de la casa incluyendo a los dos varones. Todo se encuentra en el orden correcto, documentación al día. Ninguna novedad.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Luz Catalina Meneses Molina.	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Paula Alejandra Rivera
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita Paula Rivera
CC. 1007750844 TP. 1007750844	CC. 3123098374
Celular: 3156 744 814.	Celular: 1882 379 043
Correo electrónico: holopaxolp@plataforma.org	Correo electrónico: palengua4egmcal.wm

Notas:

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

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

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Luz Santa Reina

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	0	/
Camisa	0	/
Blusa diario	1	Bueno
Saco - Chaqueta	0	/
Calzoncillos o pantis	2	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	1	Bueno
Falda	0	/
Pijama	0	/
Pantalóneta (short bicicleta)	3	Bueno
Pantalón de sudadera	3	Bueno
Medias	5	Bueno
Zapatos de diario	1	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Quiero

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Versión 1</p> <p>FSYTC-026-</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de</p> <p>2</p>

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Aula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Angy Lorena Urbano

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	3	Bueno
Camisa	3	Bueno
Blusa diario	4	Bueno
Saco - Chaqueta	1	Bueno
Calzoncillos o pantis	3	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	3	Bueno
Falda	0	/
Pijama	1	Bueno
Pantalóneta (short bicicleta)	2	Bueno
Pantalón de sudadera	1	Bueno
Medias	2	Bueno
Zapatos de diario	4	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

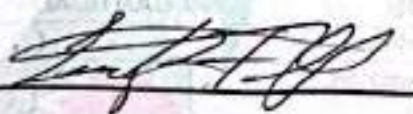
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huilg
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	26-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Paula Alejandra Rivera.

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	1	Bueno
Cama cuna	1	Bueno
Cuna	0	/
Corral	0	/
Colchón	1	Bueno
Colchón cama cuna	1	Bueno
Cómoda	2	Deterioradas.
Ventilador	1	Bueno
Coche	0	/
Almohadas	2	Regular
Cubrelechos	3	Buenos
Sábanas	4	Buenas
Protector de colchón	2	Buenos
Toldillo	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL

Las dotaciones de la unidad se encuentran en buenas condiciones. todo en orden.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

Paula Rivera

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

[Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

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

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Paula Rivera

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Angy Lorena

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Paula Riera

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497



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 2 # 27 - 21

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Las condiciones de la vivienda se encuentran
acordes a lo estipulado.
Los usuarios están en un entorno protector.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Luz Catalina Meneses Molina	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1007750847	TP. 1007750847
Celular: 3156777819	
Correo electrónico: trabajoaliateando.pulito@gmail.com	



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSION 1.0 (15/05/2014)

FECHA DE APROBACION 11/05/2014

FECHA: 26 de febrero 2023
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Paula Alejandra Puerto Garcia.
CENTRO ZONAL: Pitalito
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lic. Karolina Menezes Molina

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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó 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 jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Paula Puerto

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 26/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social "Yo te cuido"	Calle 1 A#5 - 52 Bl. Trinidad	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Meneses	1007750847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
31/01/2025	Lucy Katalina Meneses Molina	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Banagon	Puentes	Diana Patricia
Identificación: <u>1.083.893.001</u>			

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!

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Conegimiento de Guacacabo	/	3162710128
Barrio:	Correo electrónico:	
Vereda el Tigre.	dipab12123@bolmexil.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	Laura Maria Botanegria	26-02-2000	J.112.036.696	23540384	05-08-2014	Claudio H. Lopez
2	Anycela Zelaya Ortiz Zuñiga	21-10-2010	J.144.627.702		06-08-2014	Comisario de F. San Agustín
3	Yenni Patricia Tirado Toro	04-04-2002	J.114.212.746	23534815	20-08-2014	Claudio H. Lopez
4	/	/	/	/	/	/
5	/	/	/	/	/	/

* Anule los renglones no utilizados

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considere 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 1591 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

No se evidencia ninguna novedad. Todos los usuarios cuentan con la vinculación al sistema educativo, Solvel, con documentación, lo que hace constar que se encuentran al día con este ítem. Se encuentran en un entorno protector.

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 ☒

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 CBF Y A LA LEY 1521 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Descripción general de lo encontrado:

En este ítem, los usuarios no cuentan con encuentros biológicos. Anyela no tiene autorizadas, Yani y Laura Baxanegra están declarados en adaptabilidad. En general los usuarios no cuentan con red familiar extensa.

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					

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

Cualquier copia impresa de este documento se considere 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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

los usuarios aún no cuentan con el boletín de periodo ya que aún no finaliza el primer ciclo escolar del año 2021.

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 usuarios cuentan con todos los elementos necesarios para su cuidado personal, vestuario y también los elementos del área educativa.

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		05-06-2024
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Camé de manipulación de alimentos	X		06-07-2024
Certificación primeros auxilios	X		14-07-2024
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con la documentación acorde a lo estipulado y se encuentra al día con la población.

No hay observaciones por hacer.

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

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 CBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

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

La infraestructura de la vivienda se encuentra en las mejores condiciones y así brinda un bienestar adecuado para las usuarias. No presentando riesgos de ninguna magnitud.

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

La madre sustituta Diana Patricia Barragan, tiene todo en orden, está cumpliendo con las condiciones necesarias para el cuidado de las usuarias, siendo comprometida en esta labor, siendo afectiva, comprometida y juiciosa con cada una de las cosas que le brinda a cada usuaria.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ SI Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- ☒ SI 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

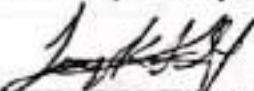
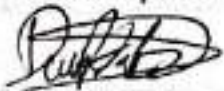
**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katalina Menezes.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Diana Patricia Barragan	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1007750847	TP. 1207750847.	CC. 108380001	
Celular: 3156777819.		Celular: 3162710228	
Correo electrónico: habojosculypeteundo.p@bcb.gov.co		Correo electrónico: dipab@bcb.gov.co	

Notas:

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

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Anyela Sulay Ortiz.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	N/A	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	N/A	/
Vestido de niño(a)	2	Bueno
Camiseta interior	1	Bueno
Camisa	5	Bueno
Blusa diario	3	Bueno
Saco – Chaqueta	2	Bueno
Calzoncillos o pantis	3	Bueno
Brasieres o formadores	2	Bueno
Pantalón	1	Bueno
Falda	3	Bueno
Pijama	1	Bueno
Pantaloneta (short bicicletero)	3	Bueno
Pantalón de sudadera	1	Bueno
Medias	2	Bueno
Zapatos de diario	2	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	bueno

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguna</p>
--

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	HUILA
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Yeni Patricia Tirado

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	1
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	5	Bueno
Vestido de niño(a)	12	Bueno
Camiseta interior	12	Bueno
Camisa	12	Bueno
Blusa diario	12	Bueno
Saco - Chaqueta	6	Bueno
Calzoncillos o pantis	11	Bueno
Brasieres o formadores	4	Bueno
Pantalón	6	Bueno
Falda	6	Bueno
Pijama	11	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	8	Bueno
Pantalón de sudadera	6	Bueno
Medias	15	Bueno
Zapatos de diario	20	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Bueno

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Horta
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Laura Maria Bocanegra.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	3	Buen Estado
Vestido de niño(a)	6	Bueno
Camiseta interior	4	Bueno
Camisa	7	Bueno
Blusa diario	0	/
Saco – Chaqueta	3	Bueno
Calzoncillos o pantis	6	Bueno
Brasieres o formadores	6	Bueno
Pantalón	5	Bueno
Falda	2	Bueno
Pijama	5	Bueno
Pantalóneta (short cicleteo)	3	Bueno
Pantalón de sudadera	0	/
Medias	4	Bueno
Zapatos de diario	3	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

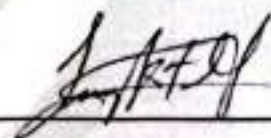
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Buena

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguna.</p>

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Diana Patricia Barragan

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	Buen estado
Cama cuna	0	/
Cuna	0	/
Corral	0	/
Colchón	3	Buen estado
Colchón cama cuna	0	/
Cómoda	2	Buen estado
Ventilador	1	Buen estado
Coche	0	/
Almohadas	6	3 Regulares
Cubrelechos	6	3 Regulares
Sábanas	3	Regulares
Protector de colchón	3	Buen estado
Toldillo	0	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL
<p>la dotacion se encuentra en buen estado la mayoría de cosas.</p> <p>3 almohadas regulares, 3 cubrelechos regulares, 3 Sabanas regulares.</p>

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:  _____

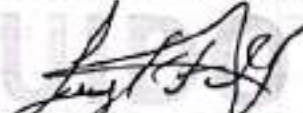
YO TE CUIDO

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

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	26-02-2025	CENTRO ZONAL	Pitalito
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA Diana Patricia Barayan.			
	SI	NO:	
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		
		UNIDAD AAVN	LOTE
		Bienestarina	0002091858
			FECHA DE VENCIMIENTO
			11-04-2025

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Almacenada en recipiente transparente y tapa naranja.
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Seguir con el consumo de este producto ya que es indispensable para el crecimiento y desarrollo humano.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
			



FUNDACIÓN 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: Consejo de Guacarallo / V. El Tigre.

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Se cuenta con la infraestructura adecuada y espacios adecuados para el bienestar de los usuarios en la unidad.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Lucy Katolma Menezes Molina.	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 10017750847	TP. 10017750847
Celular: 315 6777819.	
Correo electrónico: trabajo social yo te cuido.pitubito@gmail.com.	

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño		

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Anayela Julio

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	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		

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yenni Tirado

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

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

	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	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		

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Laura Maria Rodriguez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN 1 FSYTC-0096- 01/08/2022

FECHA DE APROBACION: 01/09/2022

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Dana Patricia Barragán Renter

CENTRO ZONAL:

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Katalina Meneses

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 condisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:


FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 25/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☒	Tutor ☐
-----------------	---	--	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Social "Yo te ayudo"</u>	Dirección <u>Calle 1# 5 - 52</u> <u>B/ Trinidad.</u>	Teléfono <u>311 824 1198</u>
---	--	---------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Lucy Katalina Menezer Molina</u>	CC. <u>1007750847</u>	Celular <u>315 6777819</u>
--	--------------------------	-------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>31/01/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Lucy Katalina Menezer</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Social "Yo te ayudo"</u>
-----------------------------------	---	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Sanchez	Rojas	Gloria Patricia
Identificación: 36.288.958			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
Calle 3 # 5A - 16		/	3142618535
Barrio:		Correo electrónico:	
La Pradera		Paldin.rojas@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	☒	Plan Mejoramiento ²	☐	Seguimiento extraordinario	☐
-----------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Niyuel Toro Vargas.	12/02/2011	1115.949.404	23588069	11-09-2024	Defensor Quindío Dr. Ariel Hernan Vargas
2	Alexander Semanate Plazas	24/01/2000	1004.411.813	23102888	12-07-2024	Defensor Quindío Dr. Ariel Hernan Vargas.
3	Sebastian Garzon Cuellar	23/07/2014	114.633.205	23588732	19-09/2024	Defensor Quindío Dr. Claudio Hernan Lopez
4	Kevin Matias Males Realpe	24/01/2020	1045.325.104	23588082	19-09-2024.	Defensor Quindío Dr. Javier Orlando Cuente.

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 3 de 10

5	Santa Sofia Alvaro Vallejo	31/07/2017	1083 929 544	13602874	12-04-2024	Defensor Civil Dr. Eladio Hernandez Lopez
---	-------------------------------	------------	--------------	----------	------------	--

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 4 de 10

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios cuentan con las condiciones adecuadas para su bienestar, contando con una alimentación adecuada, en cuanto a la educación todos se encuentran estudiando, menos el usuario Alexander Semanote por su discapacidad.

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 5 de 10

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

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios Niyret Toro, Sebastian Garzon, Kevin Flutias y Alexander Semante no cuentan con encuentros biológicos, es decir no tienen contacto familiar. En cuanto a la niña Santa Sofia Alvaro tiene encuentros biológicos con su red familiar (materna). Alexander por su discapacidad no ejerce ninguna actividad.

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	☒		☒		☒		☒		☒	

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.

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 10

Observaciones:

No se presentan novedades en referencia a la documentación de los usuarios. Aun no se recibieron boletines de estudio ya que aún no culminan el primer periodo de clases.
Alexander Semanate no se encuentra estudiando por su discapacidad.

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)

Los usuarios cuentan con la dotación adecuada y necesaria para su desarrollo y crecimiento humano como también la dotación para el área educativa.
El único usuario que no tiene dotación escolar es el adolescente Alexander Semanate por su discapacidad.

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		

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 7 de 10

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		
Carta de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Observaciones:

la documentación de la madre sustituta se encuentra al día. No se presenta ninguna novedad. Todo en orden.

/

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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



PROCESO PROTECCIÓN
FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin aristas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dispensa	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 las Condiciones Higiénicas y de aseo de la vivienda:

la vivienda cuenta con su infraestructura adecuada para el bienestar de los usuarios. No presenta ninguna novedad por registrar durante la visita. Todo en orden.

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 1501 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

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

Confirma que los compromisos de la madre
sustituta Doña Gloria Patricia respecto a la
visita están al día y cuenta con todo en orden
para su realización.

En cuanto a la documentación de los usuarios están
también al día y en orden lo que garantiza que
los usuarios están al día con todo lo establecido.
Todo en las condiciones adecuadas tanto de
Vivienda, educación y bienestar.

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

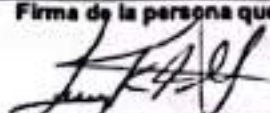
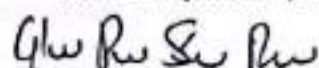
Cualquier copia impresa de este documento se considere como COPIA NO CONTROLADA.

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

	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 10 de 10

<p align="center">Actividades desarrolladas en la visita:</p> <p>☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.</p> <p>☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD</p> <p>☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.</p> <p>☐ Diálogo con miembros de la familia.</p> <p>☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros</p> <p>☒ Observación a vivienda, dotación, otros</p>

<p align="center">Resultados de la Visita:</p> <p align="center">(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)</p> <p>☒ Condiciones satisfactorias</p> <p>☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.</p>

<p align="center">Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita</p> <p>Luz Catalina Monereo Molina.</p>	<p align="center">Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita</p> <p>Gloria Patricia Sanchez</p>
<p align="center">Firma de la persona que realiza la visita</p> <p></p>	<p align="center">Firma de la persona que recibe la visita</p> <p></p>
<p>CC. 1007750847. TP. 1007750847.</p>	<p>CC. 36288458 pto.</p>
<p>Celular: 3156777819.</p>	<p>Celular: 3102601580</p>
<p>Correo electrónico: lpmonereo@plabebg.com</p>	<p>Correo electrónico: patolin.rojas@hotmail.com</p>

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Sebastian Garzon

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	3	Buena
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	2	Buena
Camisa	15	Buena
Blusa diario	4	Buena
Saco - Chaqueta	4	Buena
Calzoncillos o pants	10	Buena
Brasieres o formadores	0	Buena
Pantalón	6	Buena
Falda	0	/
Pijama	4	Buena
Pantalóneta (short bicicletero)	5	Buena
Pantalón de sudadera	4	Buena
Medias	10	Buena
Zapatos de diario	6	Buena
Chancletas	1	Buena

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

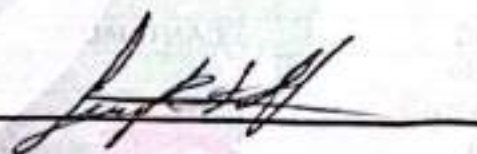
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	1
Vestido de baño (opcional)	1	Buena
Gorro para bebé -Llama dientes	0	1
Pañales desechables (por mes)	0	1
Cobertor	0	1
Toalla	2	Buena

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguna</p>
--

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Kevin Matias Males

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	9	Buena
Camisa	0	/
Blusa diario	0	/
Saco - Chaqueta	3	Buena
Calzoncillos o pantis	4	Buena
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	2	Buena
Falda	0	/
Pijama	2	Buena
Pantalóneta (short bicicleta)	5	Buena
Pantalón de sudadera	2	Buena
Medias	8	Buena
Zapatos de diario	5	Buena
Chancletas	1	Buena

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	1	Bueno
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	1	Bueno
Toalla	0	/

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION 01/08/2022</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Azalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Alexander Semanale.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	11	Bueno
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	7	Bueno
Camisa	4	Bueno
Blusa diario	0	/
Saco - Chaqueta	0	/
Calzoncillos o pantis	8	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	2	Bueno
Falda	0	/
Pijama	5	Bueno
Pantaloneta (short bicicleta)	5	Bueno
Pantalón de sudadera	10	Bueno
Medias	10	Bueno
Zapatos de diario	N/A	/
Chancletas	N/A	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

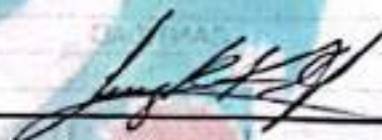
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	3 pañales	pañales x 30 unidades
Cobertor	0	/
Toalla	4	Buena

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguno</p>
--

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hulu
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Niyret Toro Vargas.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	0	/
Camisa	16	Bueno
Blusa diario	12	Bueno
Saco - Chaqueta	6	Bueno
Calzoncillos o pantis	6	Bueno
Brasieres o formadores	4	Bueno
Pantalón	4	Bueno
Falda	0	/
Pijama	3	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	2	Bueno
Pantalón de sudadera	2	Bueno
Medias	10	Bueno
Zapatos de diario	7	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

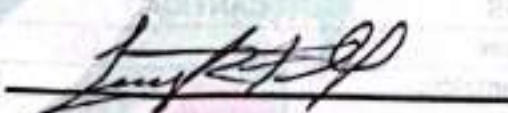
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	1	Buena
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	2	Buena

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguno</p>
--

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACIÓN	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Aula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA- ADOLESCENTE:	Santa Sofia Alvar.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	7	Bueno
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	0	/
Camisa	0	/
Blusa diario	8	Bueno
Saco - Chaqueta	2	Bueno
Calzoncillos o pantis	8	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	4	Bueno
Falda	0	/
Pijama	4	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	1	Bueno
Pantalón de sudadera	0	/
Medias	9	Bueno
Zapatos de diario	3	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Bueno

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

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

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Kevin

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Gloria S. R.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Sarita Alvira

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Gloria Ruiz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	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		
ELEMENTO	PERSONAL	
	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguno.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Nyiret Toro

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Glenn Rocio R.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

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

FIRMA O HUELTA DEL USUARIO: _____
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Isabel Rosa S. S. S.
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

OBSERVACION GENERAL	Ninguna.
---------------------	----------

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	
USO COMUN		
DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		

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	
PERSONAL		
DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Sebastian

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Gloria Rocio San Juan

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Gloria Patricia Sanchez.

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	4	2 Regular
Cama cuna	1	1
Cuna	2	Buen Estado
Corral	1	1
Colchón	4	Buen Estado
Colchón cama cuna	2	Buen Estado
Cómoda	4	Buen Estado
Ventilador	4	Buen Estado
Coche	2	Buen Estado
Almohadas	12	Buen Estado
Cubrelechos	5	Buen Estado
Sábanas	10	Buen Estado
Protector de colchón	10	Buen Estado
Toldillo	2	Buen Estado

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL

La unidad de servicio cuenta con la dotación necesaria para el bienestar de los usuarios.
Observación referente a las cumas ya que se evidencian 4 pero 2 están regulares.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Gloria Paez Saez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

YO TE CUIDO

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



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 Pultricia Sanchez

Dirección: Calle 3 #5A-26 / la pradera

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



FUNDACIÓN 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.	✓	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilidad.	X	
30	La revere de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa vivir, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda está condicionada para el bienestar de los usuarios.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Luz Catalina Nerees.

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 1009750847

TP. 1007750847

Celular: 3156337819

Correo electrónico: trabajosocial@fundacion-social.org.co

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹	F14.MO4.P Versión 1	27/07/2021 Página 1 de 9
---	--	-------------------------------	------------------------------------

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 27/02/2023

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle JA # 5-52 Bl. Trinidad	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menezes	10077150847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
23.01.2023	Lucy Katalina Menezes	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Narvaez	Ujir	Maryen Lucía
Identificación: <u>25.292.920</u>			

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!

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Dirección: Central 12A #9A - 2B	Tel. Fijo /	Celular 3177114161
Barrio: Cúlamo	Correo electrónico: mreyen2312@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento? ☐	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 Gonzales	30/08/2008	1084254376	23571182	29/02/2024	Defensoría Tercera Cristina Molano
2	Hector Steven Samboni	02/10/2014	1083986262	N/A	11/08/2023	Comisión de familia San Agustín
3	Ostin Santiago Morillo	09/10/2016	414636348	2368163	02/09/2024	Defensoría Sexta Javier Cortez
4	Charm Andre Cortijo	16/08/2021	1089439332	235703245	06/12/2024	Defensoría Sexta Javier Cortez
5	/	/	/	/	/	/

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios se encuentran estudiando,
Unam ya se encuentra en el jardín. Yader está
estudiando sabatinos. El estado actual de
todos está de la mejor manera, con buenos
hábitos.

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Dentro del proceso de restablecimiento de derechos a favor de cada usuario, al estar escuchando cuentan con actividades extracurriculares que aportan a su crecimiento personal en la vida cotidiana. Yader es el unico usuario que no tiene encuentros biológicos.

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			

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

Todos los usuarios cuentan con su respectiva documentación. En cuanto a los hogares escolares que no se encuentran ya que no ha finalizado el primer periodo.

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

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

Todos los usuarios tienen elementos de dotación tanto la personal, básica, escolar y los implementos de higiene personal.

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

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

la madre sustituta tiene toda la documentación acorde a lo estipulado. la papelería se encuentra al día. Manteniendo su compromiso en este aspecto.

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	N/A	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 8 de 9

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

La vivienda cuenta con su infraestructura adecuada para el bienestar de los usuarios. Espacios acordes, buena higiene, se evidencia un espacio agradable y un entorno protector.

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

Doña Maryen cumple con todos los compromisos necesarios para el bienestar de los vecinos. Siendo una m.s. responsable con la labor que realiza a diario.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

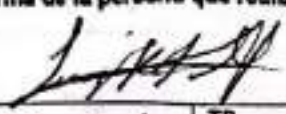
**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katalina Henríquez		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Maryen Lucía Noruega Díaz	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita Maryen Lucía Noruega	
CC. 1007950844	TP. 1007950844	CC. 25292920	
Celular: 3156947819		Celular: 3177114161	
Correo electrónico: lucy.katalina.henriquez@proteccion.familia.gov.co		Correo electrónico: maryen2312@gmail.com	

Notas:

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

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Yader Esteban Gonzales.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	1	Bueno
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	2	Bueno
Camisa	2	Bueno
Blusa diario	4	Bueno
Saco - Chaqueta	3	Bueno
Calzoncillos o pantis	8	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	5	Bueno
Falda	0	/
Pijama	2	Bueno
Pantaloneta (short bicicletero)	7	Bueno
Pantalón de sudadera	2	Bueno
Medias	8	Bueno
Zapatos de diario	3	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	1	Bono
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	2	Bono

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Hector Steven Sambrán

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	2	Bueno
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	2	Bueno
Camisa	4	Bueno
Blusa diario	6	Bueno
Saco - Chaqueta	3	Bueno
Calzoncillos o pants	6	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	6	Bueno
Falda	0	/
Pijama	3	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	1	Bueno
Pantalón de sudadera	1	Bueno
Medias	2	Bueno
Zapatos de diario	4	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	1
Vestido de baño (opcional)	1	Buena
Gorro para bebé —Llama dientes	0	1
Pañales desechables (por mes)	0	1
Cobertor	0	1
Toalla	2	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL</p> <p>YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Ortin Santiago Morillo

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	0	/
Camisa	1	Buena
Blusa diario	1	Buena
Saco - Chaqueta	0	/
Calzoncillos o pantis	2	Buena
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	1	Buena
Falda	0	/
Pijama	2	Buena
Pantalóneta (short bicicleta)	4	Buena
Pantalón de sudadera	2	Buena
Medias	4	Buena
Zapatos de diario	1	Buena
Chancletas	1	Buena

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

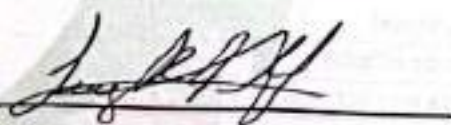
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé –llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguno

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Maryen Lucía Jají

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	Buen estado
Cama cuna	N/A	/
Cuna	N/A	/
Corral	N/A	/
Colchón	6	1 mal estado
Colchón cama cuna	N/A	/
Cómoda	3	Mal estado
Ventilador	2	Buen estado
Coche	N/A	/
Almohadas	5	Buen estado
Cubrelechos	6	Buen estado
Sábanas	5	Buen estado
Protector de colchón	5	Buen estado
Toldillo	N/A	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL

Se evidencia que en la unidad de servicio se encuentra ventilador en mal estado y 1 colchon mal estado. El resto esta en orden.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Alvarez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: 

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

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27-02-2025	CENTRO ZONAL	Pitalito		
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
	SI	NO	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		Bienestarina	0002091858	11-04-2025
			Bienestarina	0002091858	11-04-2025

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Ninguna.
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Hacerle uso en su proceso para los niños.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Mayen Lucía Nolasco			

	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	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Ostia

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Hector

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Norvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		
ELEMENTO	PERSONAL	
	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIECIOCHO (18) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yader Esteban

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Marlen Juana Narvaes

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]



FUNDACIÓN 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 Lucía Abbruchez

Dirección: Carrera 1A - 9A - 28 - Calama

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	



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.		
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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La infraestructura se encuentra acorde a lo estipulado.
 Los baños cuentan con un entorno protector.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Lucy Katalina Menezes	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC.	1007750847
TP.	1007750847
Celular:	3156777819
Correo electrónico:	trabajosocialyotecuido.alcalde@gmail.com



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN 1 FSYTC-0006- 01/06/2022

FECHA DE APROBACIÓN: 01/06/2022

FECHA: 27-02-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Mayen Lucia Manueta

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Fatolima Meneses.

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 jóvenes 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	

Observación de la Madre Sustituta:

Excelente labor del profesional

Mayen Lucia Manueta y Gij.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 25/02/2015

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☒	Tutor ☐
-----------------	---	--	--------------------------------

Hogar de peso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal patate

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre Fundacion social "yo te cuido"	Dirección Calle JA #5-52 Bl Trinidad	Teléfono 3118241198
---	--	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos Lucy Katalina Menezes	CC. 10071750847	Celular 3156777819
--	--------------------	-----------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 24-01-2015	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita Lucy Katalina Menezes	Entidad que realizó la visita Fundacion social "yo te cuido"
----------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 10

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Hojos	Ojono	Yodis paola
Identificación: 36288105			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
Transversal 4A A 12 Sur - 57		/	3102433565
Barrio:		Correo electrónico:	
Juan Pablo II		hojospa@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA**

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Fabian Guzman Quiza	20-09-2001	1.053.280.832	235691242	14-02-2023	Javier Cumbre D. Sexta
2	Pedro José Astudillo	06-05-2006	1.079.216.739	235491182	02-07-2027	Javier Cumbre D. Sexta
3	Emmanuel Santiago Martinez Niles.	28-08-2011	1.082.580.3	2352079	31-10-2024	Javier Cumbre D. Sexta
4	José Camilo Megin Tique.	23-05-2008	1.083.887.636	23544789	11-12-2024	Javier Cumbre D. Sexta

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Todo los usuarios estan al día con la documentación
ya se encuentran estudiando, menos Pedro

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Jose, ya que no se encuentra vinculado
al sistema educativo, debido a que aun en el
municipio no se oferta educacion para él.
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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Se evidencia que el único usuario que tiene familia extensa es Emmanuel por ende recibe encuentros biológicos. Fabian Guzman no realiza actividades extracurriculares, el resto de usuarios por la cantidad de citas médicas tampoco.

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			/
Carné de Salud	X		X		X		X			/
Citas Médicas	X		X		X		X			/
Registro Civil	X		X			X		X		/
Documento de Identidad		X	X		X		X			/
Boletines Escolares - del periodo actual cursado		X		X		X		X		/
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	X		X		X		X			/

Observaciones:

Los usuarios aún no cuentan con los boletines escolares debido a que aún no culminan el primer periodo académico del año 2021.

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

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

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

Los 4 usuarios cuentan con los elementos de dotación básica, personal e higiene en excelente estado.

Todos 3 cuentan con la dotación escolar, menos padre jefe.

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

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

Observaciones:

Durante la visita se deja constancia que la madre sustituta tiene su carpeta con los documentos actualizados y papelería al día.
Todo en orden.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

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	N/A	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	NA	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:

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 KBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

la infraestructura de la vivienda esta acorde para
beneficio de los usuarios.

No se evidencia ninguna novedad.

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

Se encuentra en orden todo lo relacionado con
los usuarios. Cabe resaltar que la madre
sustituta Dora Yulio Paola es una madre
dedicada a sus usuarios. Cumpliendo con
todos los requisitos requeridos.

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

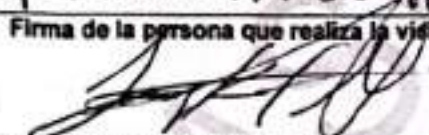
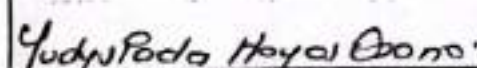
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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

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

<p align="center">Actividades desarrolladas en la visita:</p> <p>☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.</p> <p>☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD</p> <p>☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.</p> <p>☐ Diálogo con miembros de la familia.</p> <p>☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros</p> <p>☒ Observación a vivienda, dotación, otros</p>

<p align="center">Resultados de la Visita:</p> <p align="center">(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)</p> <p>☒ Condiciones satisfactorias</p> <p>☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.</p>

<p>Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita</p> <p>Lucy Catalina Meneses Molina</p>	<p>Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita</p> <p>Yudis Paola Hoyos Osorio</p>
<p>Firma de la persona que realiza la visita</p> <p></p>	<p>Firma de la persona que recibe la visita</p> <p></p>
<p>CC. 1007750847 TP. 1007750847</p>	<p>CC. 36288105</p>
<p>Celular: 3156977819</p>	<p>Celular: 3203243565</p>
<p>Correo electrónico: trabajo.susana.p@proteccion.familia</p>	<p>Correo electrónico: hucguita1p@gmail.com</p>

Notas:

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

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

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Jabian Guzman

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	4	Bueno
Camisa	1	Bueno
Blusa diario	5	Bueno
Saco - Chaqueta	6	Bueno
Calzoncillos o pantis	3	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	9	Bueno
Falda	0	/
Pijama	2	Bueno
Pantalóneta (short ciciclero)	3	Bueno
Pantalón de sudadera	4	Bueno
Medias	1	Bueno
Zapatos de diario	6	Bueno
Chancletas	1	Bueno

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>01/08/2022</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	3	Dueño

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguna</p>
--

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Emmanuel Santiago Males

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	0	/
Camisa	2	Bueno
Blusa diario	5	Bueno
Saco - Chaqueta	2	Bueno
Calzoncillos o pantis	5	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	3	Bueno
Falda	0	/
Pijama	2	Bueno
Pantalóneta (short ciciclero)	2	Bueno
Pantalón de sudadera	3	Bueno
Medias	4	Bueno
Zapatos de diario	6	Bueno
Chancletas	1	Bueno

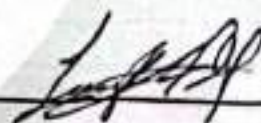
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	2	Bueno

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Pedro Jose Astudillo.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	5	Bueno
Camisa	6	Bueno
Blusa diario	6	Bueno
Saco - Chaqueta	4	Bueno
Calzoncillos o pantis	7	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	7	Bueno
Falda	0	/
Pijama	3	Bueno
Pantalóneta (short cicleteo)	4	Bueno
Pantalón de sudadera	5	Bueno
Medias	7	Bueno
Zapatos de diario	6	Bueno
Chancletas	1	Bueno

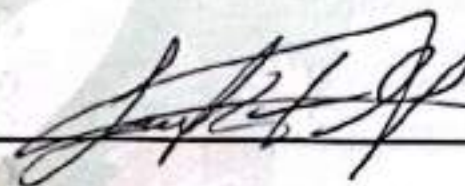
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	2	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	José Camilo Magón,

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	2	Bueno
Camisa	4	Bueno
Blusa diario	5	Bueno
Saco – Chaqueta	2	Bueno
Calzoncillos o pantis	5	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	5	Bueno
Falda	0	/
Pijama	1	Bueno
Pantaloneta (short ciciclerero)	3	Bueno
Pantalón de sudadera	2	Bueno
Medias	5	Bueno
Zapatos de diario	1	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

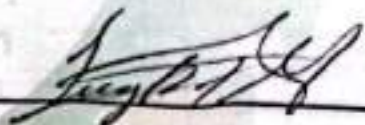
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Yudis Paulo Hoyos

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	Buen Estado
Cama cuna	N/A	/
Cuna	N/A	/
Corral	N/A	/
Colchón	3	Buen Estado
Colchón cama cuna	N/A	/
Cómoda	3	Buen Estado
Ventilador	1	Buen Estado
Coche	N/A	/
Almohadas	6	Buen Estado
Cubrelechos	6	Buen Estado
Sábanas	6	Buen Estado
Protector de colchón	3	Buen Estado
Toldillo	N/A	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Yudis Paola Hoyos

Dirección: Transal 4A #12.500-57 / Junfakel

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad de casa ya da poder cuenta con la infraestructura adecuada para el bienestar de cada uno de los usuarios. No se evidencian observaciones.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Lucy Katolina Meneses Molina	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1007750849.	TP. 1007750849.
Celular: 3156777819.	
Correo electrónico: yabegoxxulyp lewido. Alulito@gmail.com	

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

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	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		

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

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: José Camilo
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yudys Paola Hoyos Osorio
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	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		

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA 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

Fabian Guzman - Planales x 30 para el uso diario.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Fabian Guzman

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yudy y Polo Hoya Ochoa

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	☒	
Cepillo dental	☒	
Ceda dental	☒	
Peinilla o cepillo	☒	
Tapabocas dos unidades por cada niño		

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	☒	
Bloqueador solar	☒	
Champú	☒	
Crema dental	☒	
Papel Higiénico	☒	
Gel Antibacterial	☒	
Cepillo y betún para zapatos	☒	

OBSERVACION GENERAL

Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Emanuel

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yulys Paola Rojas Osorio

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

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

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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	

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguna.</p>

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Pedro

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yudy Paola Haya Dom

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

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

		FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSIÓN 1 PSYTC-0006- 01/06/2022
				FECHA DE APROBACIÓN: 01/06/2022
FECHA: 25/02/25				
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yudy Paola Hoyer Quom				
CENTRO ZONAL: Pitalito				
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katdino Hernandez				
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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)				
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 jóvenes durante la visita?			X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?			X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?			X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?			X	
Observaciones de la Madre Sustituta:				
Yudy Paola Hoyer Quom				
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA				

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 26/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐
---------------	----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal pitulito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Cl 7a # 5-52 Barrio Trinidad	3206227470

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny A. Quintero M.	1097397014	3206227470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD MM AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
	Jenny Alexandra Quintero	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Artundaga	Yuli Andrea
Identificación: 7083087399			

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Comandante Guacaro	N/A	3219706291
Barrio:	Correo electrónico:	
Centro - Varadero - Tigre	rojo22@fundu.org	

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 Peña	DD/MM/AA 24/07/2017	1.144.637.312	sin información	DD/MM/AA 21/08/24	D. cuenta claudio hernan.
2	Daniel Jesus tamayo perez	DD/MM/AA 21/12/2016	1.125.966.501	sin información	DD/MM/AA 14-12-2024	Comisaria Guadalupe Andres masquera
3	Liam Camilo Perez Peña	DD/MM/AA 6-05/23	1.083.992.916	235102097	DD/MM/AA 21/08/24	D. cuenta claudio hernan.
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.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPA 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



PROCESO PROTECCIÓN
FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Los exámenes cuentan con un abono al SGSSS, se encuentran ejerciendo a citas de acuerdo a sus necesidades, gozan de buenas condiciones de salud.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Se realizan seguimientos al proceso educativo, se brinda acompañamiento psico-social para fortalecimiento de su 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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ 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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios reciben cuentos educativos, mantienen buena comunicación con redes familiares y pares, disfrutan de entornos protectores, expresan libremente sentimientos y emociones, muestran buen proceso de adaptabilidad a la unidad de servicio y familia en general.

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:

Las Carpetas de los usuarios se encuentran con los documentos debidamente actualizados y archivados, se recomienda a la madre por este día.

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 ICSE Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

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)

Los niños cuentan con dotación Básica, Personal
existen, Como correspondiente, cuentan con dotación de aseo
acorde a lo establecido en el Manual Operativo.

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

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

Observaciones:

La Sra. Yuli cuenta con la carpeta debidamente
archivada y actualizada, Se recomienda estar pendiente
de la actualización de Antecedentes, y examen
de Salud.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como CDPIA 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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

en mismo. actualizar examen de manipulaciones de alimentos y primeros auxilios con la revisión al momento.

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
Dispensa	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
Dormitorios	SI	SI	SI	SI		SI	SI
Baños	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:

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

La unidad de Servicio Cuentas Con Condiciones
locativas, adecuadas para la habitabilidad de los
usuarios, se recomienda estar pendiente de la protección de los usuarios.

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

en los compromisos se evidencia que se han realizado
Gestiones en Salud para los usuarios donde:
Se evidencia que tiene pendiente cita por Pediatría
odontología tenía para 18 de febrero pero no pudo
asistir debido a que tenía cita, asistió a Pediatría. (2cm)

Antes de asistir a cita por Psiquiatría el 20 febrero, asistió
a odontología, se encuentran al día en atenciones.

Del 1 mayo: Se recomienda iniciar atenciones ya que se
evidencia falencias en la garantía, no se han gestiones.

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Jenny Alexandra Quintero	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Yuli Andrea Rojas Astudera
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita
cc. 109397014 TP. 366100	cc. 108388 3399
Celular: 3206227470	Celular: 3219206291
Correo electrónico: alex-16911@hotmail.com	Correo electrónico: yor23astudera034tulordia@gmail.com

Notas:

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

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

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

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	HUILA
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Angel David Cruz Peña

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	2	Bono
Vestido de niño(a)	0	
Camiseta interior	3	Bono
Camisa	4	Bono
Blusa diario	1	Bono
Saco - Chaqueta	1	Bono
Calzoncillos o pantal	8	Bono
Brasieres o formadores	0	
Pantalón	6	Bono
Falda	0	
Pijama	2	"
Pantaloneta (short bicicletero)	2	
Pantalón de sudadera	2	"
Medias	5	"
Zapatos de diario	1	"
Chancletas	1	"

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	
Vestido de baño (opcional)	0	
Gorro para bebé --Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	0	
Cobertor	0	
Toalla	1	

OBSERVACION GENERAL
El usuario cuenta con ropa acorde para sus necesidades

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Versión 1</p> <p>FSYTC-026-</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2022
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Daniel Jesus Lomayo

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	5	
Vestido de niño(a)	2	
Camiseta interior	4	
Camisa	5	
Blusa diario	1	
Saco – Chaqueta	1	
Calzoncillos o pantis	5	
Brasieres o formadores	0	
Pantalón	6	
Falda	0	
Pijama	1	
Pantalóneta (short bicicletero)	3	
Pantalón de sudadera	2	
Medias	3	
Zapatos de diario	2	
Chancletas	1	

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>

Baberos	0	
Vestido de baño (opcional)	0	
Gorro para bebé -Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	0	
Cobertor	0	
Toalla	1	

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Se evidenció dotación personal en Buen estado.</p>

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/03/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	
CENTRO ZONAL:	Hula
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	Pitalito
FECHA:	26-02-25
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Liam Camilo Perea Peña

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	2	
Vestido de niño(a)	3	
Camiseta interior	3	
Camisa	3	
Blusa diario	0	
Saco – Chaqueta	2	
Calzoncillos o pantis	5	
Brasieres o formadores	0	
Pantalón	5	
Falda	0	
Pijama	1	
Pantaloneta (short bicicletero)	3	
Pantalón de sudadera	3	
Medias	3	
Zapatos de diario	1	
Chancletas	1	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos		
Vestido de baño (opcional)	0	
Gorro para bebé --Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	3 Pac.	
Cobertor	0	
Toalla	1	

OBSERVACION GENERAL
Se evidencia que se debe fortalecer en Atención.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		X
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
El exámo cuenta con dotación de aseo acorde a lo establecido.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Daniel José Linares

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yulianes Rosas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Liam Camilo Prixa
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yulanda Rojas
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar		X
Desodorante		X
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo		
Tapabocas dos unidades por cada niño		X

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Angel David Cruz
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yuli andrea rojas
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26/02/25
MADRE SUSTITUTA:	Yuli Andres Rosas.

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	
Cama cuna	1	
Cuna	1	
Corral	1	mal estado
Colchón	3	1 Buon.
Colchón cama cuna	1	
Cómoda	2	
Ventilador		
Coche		
Almohadas	3	
Cubrelechos	6	
Sábanas	7	
Protector de colchón	3	
Toldillo	0.	

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO</p>	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL
<p>La unidad de servicio cuenta con Detacham Basica Acordo Para las necesidades de los usuarios.</p>

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____

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

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	26-02-25	CENTRO ZONAL	Pitalito
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
	SI	NO:	
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Se evidencia buen almacenamiento de la Bienestarina en sus 1/4 unidades.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	

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



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 ASEPICIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Julia andrea rojas.

Dirección: Centro Guacacayó - V. Tigre.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
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.	SI	
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.	SI	
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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	SI	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	SI	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	SI	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	SI	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	SI	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	SI	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	SI	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	SI	

OBSERVACIONES

La unidad de Servicio Conto. Con Condiciones
Locativa) Para la habitabilidad de los usuarios.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Jenny Alexandra Quintero .	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1047347014	TP. 166100
Celular: 3206227470 .	
Correo electrónico: alexa-16911@hotmail.com	

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 12/10/25

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☒	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	-------------------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐
---------------	----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

Regional Hula Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Surq "Yo te cuido"	Cl 7a # 5-52 B. Trinidad.	3206227470

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny A. Quintero	1097397019	3206227470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD MM AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
31/01/25.	Jenny Alexandra Quintero.	Fundación Surq "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Hernandez.		Claudia Patricia
Identificación: 36286706.			

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Dirección: Vereda Hacienda Laboyos.	Tel. Fijo N/A.	Celular 312 3590116
Barrio: Laboyos.	Correo electrónico: Claudia.Pertusa.Lernandez@69md.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	Laura Isabel Davado.	DD/MM/AA 7/10/20	1144627027339723		DD/MM/AA 7/10/23	Comunidad Acevedo. elos maulos.
2	Nilberto Andres Muñoz Gomez	DD/MM/AA 13/01/16	708885546		DD/MM/AA 23/01/25	Comunidad Santa Fe. tracy pere.
3	Dery Ydiana Muñoz Gomez.	DD/MM/AA 9/8/2013	108036933		DD/MM/AA 23/05/25	Comunidad Santa Fe. funa pere
4	Leyder Santiago Rodriguez	DD/MM/AA 24/12/14	1096916874	73668163	DD/MM/AA 5/07/18	Def/Explica myela Cordero
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1551 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Dani fue ubicada de una familia. Se encuentra en recuperación.
Los demás usuarios cuentan con vinculación a salud.

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
1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Educación, se encuentran adelantando acciones. Actualmente se proyecta de Uda y contar con seguimiento y apoyo psico social. Por parte del operador.

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

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 1561 DE 2012.



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

La casaria Laura Isabel Mantiene Comportamientos agresivos y mala convivencia dentro del hogar, no cuenta con orreros biológicos y alta la docencia familiar, los niños distantes de entorno perfectos y serios, expresan libremente sentimientos y emociones, realizan actividades de ocio.

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:

Los casarios cuentan con Carpeta debidamente ordenada y actualizada, se recomienda a la Senda ordenar temas de atención de Salud de los casarios.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

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)

Los usuarios cuentan con Dotación Personal, básica
 de aseo e higiene de acuerdo a lo
 establecido en el manual operativo.

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 SSSS		/	
Certificado de salud con vigencia de 1 año		/	
Constancia último grado de estudio		/	
Constancias de Capacitaciones*		/	
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*		/	
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar		/	
Carné de manipulación de alimentos		/	
Certificación primeros auxilios		/	
Carpeta de visitas al Hogar		/	

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

Observaciones:

La Señora Claudia refiere que la Carpeta se
 encuentra en revisión del ICBF. Por lo que
 se le reitera la importancia de la Realización de
 con los Agentes Substitutos y actualizadores.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

es mismo se le orienta que se reanuda la de
la fundación para que sea como base de la
documentación requerida.

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:

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 YA LA LEY
1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

La ciudad de Sucre Centro con Condición,
continúa para la habitabilidad de la usuaria.

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

Para Isabel: se encuentra por el servicio de urgencias
debido a que presenta comportamientos agresivos
se espera que lo remitan clínica psiquiátrica, se recomienda estar
pendiente de lo que ratifica la usuaria.

Por lo tanto se encuentra asistiendo a citas médicas
correspondientes ha iniciado un buen proceso de
adaptación. Debe y mantenerse en contacto
con salud se recomienda a la madre garantizar
atenciones correspondientes a las necesidades de
los usuarios.

Como compromiso organizar carpeta de la madre
sustituta.

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
1561 DE 2012.

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Jenny Alexandra Gutierrez	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Claudia Patricia Hernandez
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita
CC: 997347014 TP: 66100	CC: 36286706
Celular: 3206227470	Celular: 313590116
Correo electrónico: chosi-16411@bchecol.com	Correo electrónico: Claudia.Patricia.Hernandez26@gmail.com

Notas:

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

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1591 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-25
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Laura Isabel Duado

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	0
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	
Vestido de niño(a)	0	
Camiseta interior	0	
Camisa	3	
Blusa diario	1	
Saco - Chaqueta	1	
Calzoncillos o pantis	3	
Brasieres o formadores	10	
Pantalón	5	
Falda	5	
Pijama	3	
Pantalóneta (short bicicletero)	4	
Pantalón de sudadera	3	
Medias	4	
Zapatos de diario	2	
Chancletas	1	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	
Vestido de baño (opcional)	1	
Gorro para bebé --Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	0	
Cobertor	0	
Toalla	1	

OBSERVACION GENERAL
Se evidencia buena dotacion en ropa de la usuaria.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hubi
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-25
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Norberto Andres Munoz

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	
Vestido de niño(a)	0	
Camiseta interior	0	
Camisa	2	
Blusa diario	1	
Saco – Chaqueta	3	
Calzoncillos o pantis	2	
Brasieres o formadores	2	
Pantalón	3	
Falda	0	
Pijama	2	
Pantaloneta (short bicicletero)	0	
Pantalón de sudadera	1	
Medias	3	
Zapatos de diario	1	
Chancletas	1	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	
Vestido de baño (opcional)	0	
Gorro para bebé --Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	0	
Cobertor	0	
Toalla	1	

OBSERVACION GENERAL		
Ninguna		

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Huitalo
FECHA:	2702-25.
NOMBRE DEL NIÑO-NINA-ADOLESCENTE:	Daily Yuliana Muñoz

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	
Vestido de niño(a)	0	
Camiseta interior	0	
Camisa	1	
Blusa diario	1	
Saco – Chaqueta	3	
Calzoncillos o pantis	2	
Brasieres o formadores	2	
Pantalón	3	
Falda	3	
Pijama	1	
Pantalóneta (short bicicletero)	0	
Pantalón de sudadera	3	
Medias	2	
Zapatos de diario	1	
Chancletas	1	

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

	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	
Vestido de baño (opcional)	0	
Gorro para bebé -Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	0	
Cobertor	0	
Toalla	1	

OBSERVACION GENERAL
Conte con poca dotación debido a la fecha de ingreso.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

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



FORMATO DOTACION PERSONAL

FECHA DE
APROBACION

01/08/2022

Versión 1
FSYTC-026-
01/08/2022

Página 1 de
2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	
CENTRO ZONAL:	Hilos
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-24
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA- ADOLESCENTE:	LEONARDO Santiago. Rodriguez

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	5	
Vestido de niño(a)	1	
Camiseta interior	3	
Camisa	3	
Blusa diario	1	
Saco - Chaqueta	5	
Calzoncillos o pantis	15	
Brasieres o formadores	0	
Pantalón	10	
Falda	0	
Pijama	5	
Pantalóneta (short biciletero)	0	
Pantalón de sudadera	3	
Medias	15	
Zapatos de diario	1	
Chancletas	2	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	
Vestido de baño (opcional)	1	
Gorro para bebé --Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	0	
Cobertor	1	
Toalla	1	

OBSERVACION GENERAL
Se le dio cuenta con buena dotación, en buen estado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____



YO TE CUIDO

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

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
La Cuarta Celda Con dotacion de aseo e Higiene.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Leider Santiago

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Marta P. Hernandez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Se evidencia adecuada dotacion de aseo e higiene

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Norberto Muñoz

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Claudia Patricia Hernandez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
	PERSONAL	
ITEM	SI	NO
dental	X	
dental	X	
de Afeitar		X
ante	X	
higiénicas	X	
o cepillo	X	
cas dos unidades por cada	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE (1) A DOS (2) AÑOS		
	USO COMUN	
ITEM	SI	NO
la manos y cuerpo	X	
dor solar	X	
dental	X	
giénico	X	
bacterial	X	
betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL eudemonia laboracion Aseo de g (a) necesidades del sano.
HUELLA DEL USUARIO: <u>Daily Muñoz</u>
NOMBRE MADRE SUSTITUTA: <u>Claudia Patricia H.</u>
EL PROFESIONAL QUE VERIFICO: <u>[Signature]</u>

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		X
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Laura Isabel Arango

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Claudia Patricia Hernandez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]



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: Claudio Patricia Hernandez

Dirección: Vieja Mayor.

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Jenny Alexandra Quintana

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 1097357014

TP. 166106

Celular: 3206727420

Correo electrónico: alexa-66911@hotmail.com

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Heila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	27-02-25
FECHA:	27-02-25
MADRE SUSTITUTA:	Claudia Patricia Hernandez

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	
Cama cuna	1	
Cuna	0	
Corral	0	
Colchón	3	
Colchón cama cuna	3	
Cómoda	0	
Ventilador	2	
Coche	0	
Almohadas	4	
Cubrelechos	0	
Sábanas	5	
Protector de colchón	2	
Toldillo	0	

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL

la Señora Claudia refiere. que necesita
coluneros para la ropa de usuarios.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Claudia Patricia Hernandez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____



YO TE CUIDO

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

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27-02-25	CENTRO ZONAL	Pitalito.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Claudia Patricia Hernandez.			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
			LOTE
			FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
YO TE CUIDO		YO TE CUIDO	

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹Fecha de visita: 28/07/25

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☒	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	-------------------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐
---------------	----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

Regional _____ Centro Zonal _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Social Yo te ayudo</u>	Dirección <u>Calle 1A # 5-52 Barrio Unidad 2</u>	Teléfono <u>3206227470</u>
---	---	-------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny Alexandra Q</u>	CC. <u>1047392014</u>	Celular <u>3206227470</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>DD MM AAAA</u> <u>31/01/25</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexandra Q</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Yo te ayudo</u>
--	---	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Urbano</u>	Segundo Apellido <u>Marcia</u>	Nombres <u>Luz nelly</u>
	Identificación:		

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P Versión 1	27/07/2021 Página 2 de 9
---	--	----------------------------	---------------------------------

Dirección: Cr 9 c este 13-67 Sur	Tel. Fijo -0-	Celular 313834805
Barrio: las palmitas	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Paloma Yelany martinez M.	DD/MM/AA 7/12/2012	10989312012		DD/MM/AA 22/11/2013	Defensoría tercera Cristina Malin
2	Anales Felipe males Martinez.	DD/MM/AA 11/10/2014	144653353	176330644	DD/MM/AA 22/11/2013	Defensoría tercera Cristina Malin
3	Isren Yelany Arbelo da	DD/MM/AA 6/11/2011	1238523324	23526346	DD/MM/AA 8/11/14	Defensoría tercera Cristina Malin
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.

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

los niños cuentan con vinculación a Salud, educación
gozan de buen estado de Salud, se encuentran adelantando

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

acuerdos para el Proyecto de Vida, cuentan con entornos
protegidos y protectores, los niños mantienen buena
comunicación asertiva.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ 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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Los hermanos Males reciben encuentros biológicos, los niños expresan libremente sentimientos y emociones y disfrutan de entornos protectores y seguros, se evidencian buena interacción afectiva entre la familia y usuarios.

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:

Los usuarios cuentan con carpeta(s) debidamente archivada(s) y actualizada(s), se recomienda a la SSMSC la cualificar al menos en salud de manera constante.

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 1501 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

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)

Los niños cuentan con dotación Básica, personal, escolar de aseo e higiene según lo estipulado en el manual operativo.

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

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

Observaciones:

Se evidencian Orden y buena Presentación en la carpeta de la madre Sustituto. Se recomienda estar pendiente para actualización de Antecedentes y exámenes de salud, primeros auxilios.

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 1361 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Y manipulaciones de alimentos.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

	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:

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

la unidad de Servicio cuenta con las condiciones locativas para la habitabilidad de los usuarios.

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

en cuanto a compromisos establecidos en el Mes de enero se logra verificar que los usuarios asisten a citas médicas:

Andrés: tiene pendiente psico cognitiva, terapias físicas para abrir, y continuar con terapia lenguaje, en marzo asistir a cita por pediatría
Paloma: tiene pendiente endocrinología, terapias, neurología en febrero

Faren: Asiste a odontología, tiene pendiente citas por psicología

la unidad de Servicio cuenta con condiciones Acordes para la habitabilidad de los usuarios.

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.

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Jenny Alexandra O	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Luz Nelly Urbana M.
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita
CC: 1009317014 TPA 166100	CC: 26562386.
Celular: 3206223430	Celular: 3138348003
Correo electrónico: alexa1611@ktrla	Correo electrónico: lurenubana@gmail.com

Notas:

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Pedro Yelison Nolasco
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: José Nolasco Yelison Nolasco
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		
Cepillo dental		
Ceda dental		
Maquina de Afeitar		
Desodorante		
Toallas higiénicas		
Peinilla o cepillo		
Tapabocas dos unidades por cada niño		

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Karen Tatiana Abaleda
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: For Nelly urkua al
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Crema anti pañalitis		X
Jabón		
Cepillo dental		
Peinilla o cepillo		

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Andres Felipe Morales
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Luz Nelly Urbaneja
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

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

LISTA DE CHEQUEO

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

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	
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 unidad de Servicio cuenta con espacios seguros para la habitabilidad de la misma.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Jenny Alexandra Q. M.	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 16473470 14	TP. 166100
Celular: 3206177470	
Correo electrónico: alex-16911@hotmail.com	

YO TE CUIDO

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28-02-25	CENTRO ZONAL	Pitalito
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Luz nelly urbano Murq			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		000 8383432
			LOTE
			FECHA DE VENCIMIENTO
			23-mar-2025

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se evidencia buen almacenamiento
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Seguir manteniendo la Bienestarina bien almacenada.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
			

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



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN 1 FSYTC-0095- 01/05/2022

FECHA DE APROBACION: 01/05/2022

FECHA: 23/01/25

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Luz nely murcia

CENTRO ZONAL: Pibolito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Juan Alexander G

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?	✓			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	✓			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	✓			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	✓			
	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 jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Luz nely murcia

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 27/02/25

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐
---------------	----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Social y teledon</u>	Dirección <u>Cll 1a # 5-52</u> <u>Bl. Trinidad</u>	Teléfono <u>320 6227470</u>
---	--	--------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny A. Quintero</u>	CC. <u>1097397019</u>	Celular <u>3206227470</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>DD MM AAAA</u> <u>27/01/25</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexandra Quintero</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Social y teledon</u>
--	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Paeon</u>	Segundo Apellido <u>villada</u>	Nombres <u>mady Yurani</u>
	Identificación: <u>36314653</u>		

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1501 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Dirección: Cll 15 A # 3-54	Tel. Fijo: —	Celular: 316 044 6757
Barrio: Metro-	Correo electrónico: casilla.semilanooy@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico

Plan Mejoramiento²

Seguimiento extraordinario

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

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Sebastian tanayo Parra	DD/MM/AA 30/11/13	1082 114213	—	DD/MM/AA 14/12/24	Comandante Guadalupe Huel A.
2		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

el niño Sebastian Se encuentra hospitalizado en Clínica
Sana Mens debido a trastorno de Conducta

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Por haber presentado heteroagresividad y problema, conductamentales, desde el 4 de febrero del 2022

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

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.



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

La madre sustituta refiere que el niño presenta comportamientos agresivos de manera constante motivo por el cual se dirige para ser Salud Mental, encontrándose en estado estable. Sebastian Centa con encuentros biológicos, disfrute de ambientes protectores y protegidos.

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:

La Carpeta de Sebastian Centa con documentación acorde al establecido se evidencia que no se cuenta con historia de atención por la cual fue hospitalizado por lo que se sigue solicitando por escrito.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

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)

El niño cuenta con dotación básica personal, de
Aseo e higiene, indicar que no está asistiendo.
Pero el operador ha entregado.

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

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

Observaciones:

La Carpeta de la Madre Sustituta cuenta con
Carpeta con documentación correspondiente, sin
embargo la Señora madre refiere que solo
está hasta este mes debido a que puso sí.

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Carta de renuncia debido a que se ha generado el riesgo de la carta de sostenimiento, se le explica desde el manual, se emburo refiero si no desea continuar.

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	X	SI	SI	SI	X	SI
Despensa	SI	X	X	X	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	X	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	X	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	X	SI	X	SI
Baños	SI	SI	SI	X	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	X	SI	SI

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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

La unidad de Servicio Común con las Conducientes,
localizará para la habitabilidad de los casos.

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

Sebastian Se encuentra hospitalizado - internado
en Clínica Sanamens por el área de Salud
Mental, Comportamientos agresivos, ha mostrado
maneras Positivas, desde el elevador se ha
realizado Seguimiento Constante y se ha
informado a la autoridad administrativa.

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Jenny Alexandra Lantieri	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita
cc. 1097397014 TP.166106	cc. 36314053
Celular: 306227470	Celular: 316446737
Correo electrónico: alex-16910@hotmail.com	Correo electrónico: eazillasenilana096@gmail.com

Notas:

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

Antes de imprimir este documento... plense 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 ICSEF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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		

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Sebastian tamayo Parian
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Signature]
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

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



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: mady yurani Perun

Dirección: Cl 15 A # 3-54 Melo

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	



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.	T	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Jenny Alexandra D.	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 109734704	TP. 166100
Celular: 3206227470	
Correo electrónico: alexa-16911@hotmail.com	



**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: 27-02-24

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: mady Yuzni Páez Villalga

CENTRO ZONAL: Pitalito.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Juan Alexander Quintanilla

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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó 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 jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/07/23A

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐
---------------	----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

Regional Hula Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación yo te cuido</u>	Dirección <u>Cl 1A # 5-57</u> <u>B1 fundold</u>	Teléfono <u>3206227470</u>
--	---	-------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny A. Quinto</u>	CC. <u>1017372014</u>	Celular <u>3206227470</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>DD/MM/AAAA</u> <u>24/02/25</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexandra G.</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación yo te cuido.</u>
--	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Puentes</u>	Segundo Apellido <u>Para</u>	Nombres <u>Mireya</u>
	Identificación: <u>26599092</u>		

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1531 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Dirección: Vereda Pandanos.	Tel. Fijo N/A	Celular 31 67601856
Barrio: el duiso	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ 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	Camila Andrea Astiza.	DD/MM/AA 6/ene/21	128313324	2350396	DD/MM/AA 8/04/21	Defensoría tercera Cristina M.
2	Bleydy Mirella frusillo	DD/MM/AA	114462732		DD/MM/AA 21/02/25	Defensoría cuarta Claudio H.
3	Abn Paul D. España Cuervo	DD/MM/AA	1093932455		DD/MM/AA 21/02/25	Defensoría cuarta Claudio H.
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.
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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Los casos cuentan con vinculación a Educación Salud, mantienen buen estado nutricional y de salud.

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 ICSF Y A LA LEY 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Se encuentran adelantando acciones por el Proyecto de Vida, han generado con proceso de adaptación, estado con entornos de protección y cuidado.

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 ☐

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

mañana de los Usuarios Cuenta con encuentros Biotécnicos.
Mantienen Comunicación Asertiva dentro del hogar
ejercen libremente emociones y sentimientos
Defienden de entornos Protegidos

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:

Los usuarios Merydy y Alan no cuentan con registros de salud descritos a su fecha de ingreso 21-01/23. Ya que Alan se está adelantando la gestión.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

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

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

Se evidencian que los niños cuentan con dotación básica, personal, escolar y de aseo e higiene según como lo refiere el manual operativo.

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

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

Observaciones:

Se evidencian Carpetas debidamente actualizadas y archivadas, se recomienda a la madre este procedimiento de levantamientos de foto, de actualización de antecedentes disciplinarios.

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

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:

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

la unidad de Servicio Cuenta con condiciones
adecuadas para la habitabilidad protegida
de la menores.

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

Camila andrés: Se le ha estado prohibido q juegue
debido a su Salud Mental Por lo tanto no se acepta
en la unidad de Servicio.

Blaydy y alon. espinoza: están sufriendo ataques
en Salud, Vinculación y Educación debido a que
ingresaron el 21/07/23. Se recomienda a la madre los gestiones.

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
Jenny Alexandra G.		Mireya Puentes Parra.	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
CC. 10033204	TP. 166100	CC. 26399402	
Celular: 3206227490		Celular: 3162601856	
Correo electrónico: alexa-16911@bcbnecr		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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



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: Miraya Puentes Parra

Dirección: Verebi paninos

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	X
19	Los balcones deben tener protección.	X	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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Firma de la persona que realiza la verificación

cc. 104372014

TP. 166100

Celular: 326727470

Correo electrónico: alexa-691@hoteles.com

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		
Jabón		
Cepillo dental		
Peinilla o cepillo		

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Comba andrea Catet
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Mireya Puentes Parra
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

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

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Bkydy muelly tujillo
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Mirya gonzalez Perrey
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	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		
Cepillo dental		
Ceda dental		
Maquina de Afeitar		
Desodorante		
Toallas higiénicas		
Peinilla o cepillo		
Tapabocas dos unidades por cada niño		

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

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Alan David Espino
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Mirreya Fuentes Parra
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	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	20-02-25.		CENTRO ZONAL	Pitalito.	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Mireya Puentes Parra					
	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X			

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES: No hay Bienestarinas			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
			

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 26/07/2021

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle 1A #5-53 B/ Trinidad.	318241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menezes	1007750847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
23-07-2021	Lucy Katalina Menezes	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Diaz	Molina	Omarita
Identificación: 3.629.588.4			

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!

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Corregimiento de Guacacillo	/	3144728447.
Barrio:	Correo electrónico:	
Corregimiento de Guacacillo	Omarquimolina69@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	Elizabeth Milagros Samboni Golondrino	25-05-2010	1.083.987.253	N/A	11-08-2013	Comisario Familia San Agustín.
2	Yaslin leandro Samboni Golondrino	15-03-2018	1.078.248.111	N/A	11-08-2013	Comisario Familia San Agustín.
3	Donna Liseth Bravo Cabrera.	08-09-2012	1.079.392.976	N/A.	24-12-2014	Comisario de Familia Agado-Huila.
4	Cesar Steven Urbano Pizarro	23-03-2015	1.083.910.010	174401416	04-02-2015	Defensoría Familia Guabacillo.
5	/	/	/	/	/	/

* Anule los renglones no utilizados

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

Versión 1

Página 3 de 9

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012.

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios de la madre sustituta se encuentran en actividad educativa. Realizan y están inscritos a todo lo relacionado a este tema.
No se presenta ninguna necesidad al respecto.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Participe en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ 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.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

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

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

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

1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios ya se encuentran estudiando, realizando actividades extracurriculares y demás para el manejo del tiempo libre.
 Danna Lirith Bravo ya se encuentra en un jardín.

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			

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

los usuarios cuentan con documentación al día.
No se audencia boletines escolares porque aún no
se termina el primer periodo académico del año 2021

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

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

los usuarios cuentan con todos los implementos básicos
para el desarrollo escolar, como también con el vestuario
adequado para cada niño. Dama luth se encuentra en el jardín.

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		
Carta 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.

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 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN
FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con toda la documentación acorde a lo estipulado y se encuentra al día con la papelería.
Sin ninguna novedad.
Documentos actualizados.

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

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

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

La infraestructura de la vivienda se encuentra
en las mejores condiciones. Así no se evidencian
ningún riesgo que pueda afectar a los
usuarios.
Todo en orden.

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

Confirmando que todos los compromisos de la
madre sustituta se encuentran de la mejor
manera, verificando así que las instalaciones
de la vivienda están al día, documentación de
usuarios al día, documentación M.S. al día.
Todo en orden para el bienestar de cada
uno de los usuarios.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

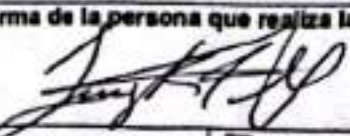
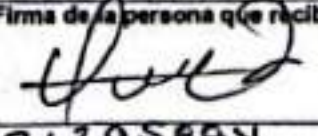
**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katalina Henares Holina.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Omar Olaya Holina	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
cc. 1007750847	TP. 1007750847.	cc. 36295884	
Celular: 3156797819.		Celular: 3144728447	
Correo electrónico:		Correo electrónico: omarolayahol@gmail.com	

Notas:

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

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

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

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

 FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Aula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Danna Lisseth Bravo

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	1	Bueno
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	2	Bueno
Vestido de niño(a)	1	Bueno
Camiseta interior	0	/
Camisa	3	Bueno
Blusa diario	2	Bueno
Saco - Chaqueta	1	Bueno
Calzoncillos o pantis	3	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	2	Bueno
Falda	1	Bueno
Pijama	1	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	0	/
Pantalón de sudadera	1	Bueno
Medias	3	Bueno
Zapatos de diario	1	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

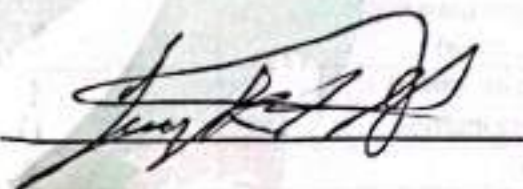
Cel. 3206193497

	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	0 de no

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Elizabeth Milagros Samboni

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	10	Bueno
Vestido de niño(a)	5	Bueno
Camiseta interior	10	Bueno
Camisa	0	/
Blusa diario	8	Bueno
Saco - Chaqueta	5	Bueno
Calzoncillos o pantis	14	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	4	Bueno
Falda	5	Bueno
Pijama	2	Bueno
Pantaloneta (short bicicletero)	3	Bueno
Pantalón de sudadera	5	Bueno
Medias	11	Bueno
Zapatos de diario	10	Bueno
Chancletas	3	Bueno

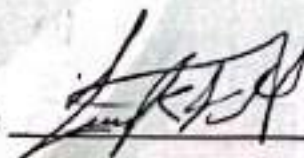
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	1
Vestido de baño (opcional)	2	Bueno
Gorro para bebé -Llama dientes	0	1
Pañales desechables (por mes)	0	1
Cobertor	1	1
Toalla	2	Bueno

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguna.</p>

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26 - 02 - 2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Yastin Leandro Samboni

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	10	Buena
Camisa	3	Buena
Blusa diario	3	Buena
Saco - Chaqueta	3	Buena
Calzoncillos o pantis	8	Buena
Brasieres o formadores	0	
Pantalón	6	Buena
Falda	0	/
Pijama	4	Buena
Pantaloneta (short bicicletero)	6	Buena
Pantalón de sudadera	3	Buena
Medias	6	Buena
Zapatos de diario	7	Buena
Chancletas	2	Buena

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

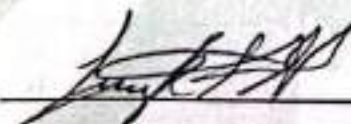
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	2	Buena

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguna</p>
--

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Cesar Steven Urbano

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	1	Bueno
Camisa	3	Bueno
Blusa diario	0	/
Saco - Chaqueta	1	Bueno
Calzoncillos o pantis	4	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	3	Bueno
Falda	0	/
Pijama	1	Bueno
Pantaloneta (short bicicletero)	2	Bueno
Pantalón de sudadera	2	Bueno
Medias	3	Bueno
Zapatos de diario	1	Bueno
Chancletas	1	Bueno

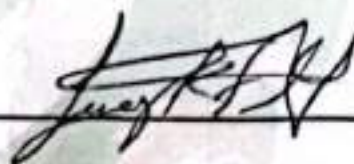
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Bueno

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Cesar Stiven
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

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

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yastin
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Clara
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: elizabeth
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Signature]
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Omaira Diaz Molina

Dirección: Corregimiento de Guacacillo

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	



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	Parques limpios.	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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda cuenta con la infraestructura adecuada y los espacios adecuados para el bienestar de cada usuario.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Lucy Fabiana Meneses Molina.	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1007750847.	TP. 1007750847
Celular: 315 6777819.	
Correo electrónico: trabajo social yo te cuido pitagoras@gmail.com	

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

	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Ornara Diaz Molina

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	Buen estado
Cama cuna	N/A	/
Cuna	N/A	/
Corral	N/A	/
Colchón	3	Buen estado
Colchón cama cuna	N/A	/
Cómoda	3	Mal estado
Ventilador	2	Buen estado
Coche	N/A	/
Almohadas	6	3 Regulares.
Cubrelechos	6	3 Regulares
Sábanas	10	Buen estado
Protector de colchón	6	3-tela - 3 plastico
Toldillo	N/A	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL
<p>Se evidencia que en la dotacion de la unidad de servicio las camachos estan en mal estado, 3 almohadas regulares y 3 regulones cubrelechos. El resto de dotacion buen estado.</p>

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

[Handwritten signature]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

[Handwritten signature]

YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSION 1 FEBRERO 2025

FECHA DE APROBACION 01/02/2025

FECHA: 26- febrero - 2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Omara Diaz Molina

CENTRO ZONAL: pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Katalina Henares Molina

OPINION 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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			

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

	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Ea clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

nada que objetar por su profesionalismo

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

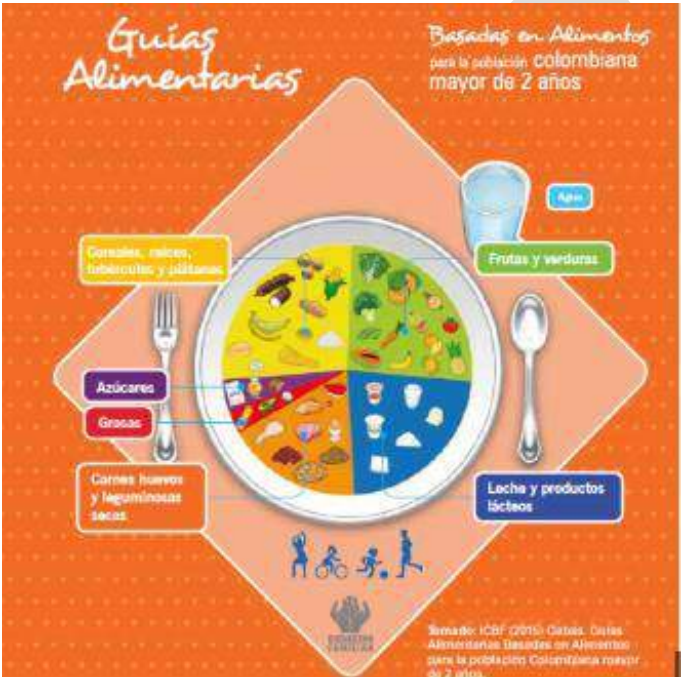
ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°1	
Hora: 2: 00 pm	Fecha: 31-1-2025
Lugar:	Fundación social Yo te cuido- sede Pitalito
Dependencia que Convoca:	Fundación social yo te cuido- Nutricionista
Proceso:	misional - protección - restablecimiento de derechos- IEC estrategia información educación y comunicación
Objetivo:	Promover la importancia de los hábitos de alimentación y estilos de vida saludables. PLATO SALUDABLE PARA LA FAMILIA COLOMBIANA

Agenda:

Saludo por parte de la Nutricionista

Tema principal **importancia de los hábitos de alimentación y estilos de vida saludables. PLATO SALUDABLE PARA LA FAMILIA COLOMBIANA**

Desarrollo: Para realizar la actividad incluida en la programación de acompañamiento a familias biológicas, de manera presencial en las instalaciones de la fundación social Yo te cuido del municipio de Pitalito la Nutricionista realizó intervención educativa para dar cumplimiento al tema del mes de enero: **importancia de los hábitos de alimentación y estilos de vida saludables. PLATO SALUDABLE PARA LA FAMILIA COLOMBIANA**



	PROCESO MEJORA E INNOVACION FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 2 de 2

Una alimentación saludable nos ayuda a tener un buen estado de salud, a sanar o realizar procesos de recuperación, a combatir enfermedades e infecciones y a evitar enfermedades crónicas degenerativas causadas por la obesidad.

¿Cuál es la importancia de una alimentación saludable?

Una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer.



las dietas ricas en frutas y verduras pueden reducir el riesgo de algunos tipos de cáncer y otras enfermedades crónicas. Las frutas y verduras también proveen vitaminas y minerales esenciales, fibra y otras sustancias que son importantes para la buena salud.

La evidencia es clara. Las frutas y verduras son una parte importante de una dieta saludable. Ayudan a los niños a crecer y apoyan las funciones corporales y el bienestar físico, mental y social en todas las edades. Pueden ayudar a prevenir todas las formas de malnutrición (desnutrición, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso y obesidad) y reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles.

Se realiza el baile de las frutas, con la canción de consumo de frutas.

Beneficios de comer frutas y verduras

El consumo suficiente (o incluso más de las cantidades recomendadas) de frutas y verduras tiene muchos beneficios

- **Crecimiento y desarrollo de los niños.** Las frutas y verduras son ricas en vitamina A, calcio, hierro y ácido fólico, lo que puede promover la buena salud, fortalecer el sistema inmunológico del niño y ayudar a protegerlo contra enfermedades, tanto ahora como en el futuro.

Elige comer alimentos asados, guisados o a la plancha sin o con poco aceite, evita los alimentos fritos y capeados. Evita el exceso de azúcar, grasa y sal. Y también de harinas refinadas como pan, galletas, pan dulce, pizzas, etc.

Evita consumir productos procesados y ultraprocesados ya que estos contienen muchas calorías y tiene ingredientes que pueden dañar tu salud.

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

	<p align="center">PROCESO MEJORA E INNOVACION</p> <p align="center">FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ</p>	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 3 de 2

Debemos aprovechar también los alimentos regionales en donde ya que eso también nos ayudará a tener una alimentación variada y económica.

Otra cosa importante es incluir en las comidas principales (desayuno, comida, cena) todos los grupos de alimentos, consumiendo más verduras, debido a que nos dan satisfacción y contienen fibra, agua, vitaminas y elementos inorgánicos (minerales).

Beber agua simple en abundancia, y además puedes consumir agua de frutas sin azúcar. Evita bebidas azucaradas o gaseosas.

Se debe incluir actividad física diariamente y consumo de agua.

Se finaliza la actividad con la evaluación a los asistentes, quienes refieren buena aceptación por el tema tratado.

Decisiones: llevar una alimentación saludable previene enfermedades.



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

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



Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Las familias sustitutas se comprometen a promover en los usuarios la práctica de una alimentación y estilos de vida saludables.	Familias y usuarios de los hogares sustitutos	permanente

Dificultades: le manifesté a Felipe que se
paga a los y trabaja la escritura no le
gusta hacerlo manifesté que en el colegio lo
hacía, tiene muy mala escritura.

 Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

febrero 1 - 10 / 2025

Salud: ya pasó por todos los controles, se
encuentra muy bien de salud.

Alimentación: consume muy bien toda cla-
se de alimentos, verduras ensaladas, frutas.

Sueño: le gusta dormir mucho en la noche
por buena noche y en el día también le
gusta dormir.

febrero 11 - 17 / 2025

Estudio: Estuvimos en el Sena averiguando
los tecnológicos para Felipe me informa-
ron que a finales del mes de marzo
salen los tecnológicos que van a dictar
y para empezar clases por después

de Semana Santa.

felipe quiere estudiar sistemas a la
espera de lo van a dictar o realizando
otro tecnologo.

DIFICULTADES: Condensa con el deber y
un mal olor en la habitación ya que el
duerme solo ahí, deberes en cama mal
tendida y ropa sucia en la cama.

febrero 18-24/2025

Alimentación a felipe come muy bien
no rechaza ningún alimento

Salud: Se encuentra muy bien de salud.
la única especialidad que tiene es con el oído
y el control es para julio.

Higiene: Sigue igual mantiene mal olor oral
sabido, no le gusta cepillarse, le digo y
lo hace, en ocasiones le huele muy rancio
la ropa.

febrero 25- 28 / 2024

el día 27 de febrero en horas de la tarde
a la fundación yo te cuido felipe tuvo una
actividad realizada por la pedagoga aerobica,
le dieron refrigerio, fruta.

Después le hizo la valoración a felipe donde
le manifiesta que trabaje la lectura y
escritura, realizar a diario en transcribir
un texto.

Después felipe manifiesta que va estu-
diar un tecnólogo en el ser, cuando termine
trabajar, integrarse a la comunidad y ayudarle
a las demás personas.

 Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

Desde el 26 de enero hasta el 9 de febrero del 2025

Salud: recibir los medicamentos por un sordo gástrico sin novedad, se afiló a nueva cps por que "se" su lavado.

x fue posible hacer los requerimientos necesarios para su sostenimiento y lo el medio lo envío para pediatría con cita el 24 de marzo para que de nuevo inicie especialidad que tenía en la cps anterior en poco tiempo, enpezar de nuevo en la cps por el medio.

Alimentación: continúa con la sonda gástrica por donde recibe los alimentos para su sostenimiento.

Salud: se recibe salud en una sala para su comodidad y movilidad donde al derecho a la salud y bienestar se le están brindando.

Dr. Karol J. Chaves
10/10/2025
19.10.2025

Desde el 9 de febrero al 23 del 2025

Salud: continuo recibiendo los medicamentos por vía sonda gástrica sin novedad

novedad: le realizan cambio de defensora llamada natalia que es la encargada de los menores en adoptabilidad.

Alimentación: continua recibiendo alimentos por sonda gástrica sin novedad.

Salud: se recaba la salud de la silla de menor a la parte administrativa

 Laura Fernández S.
Psicóloga
T.P. 219284

03-02-2025

Sueños: (Alí) Ahora mucho dormido, grita y se levanta.

Alimentación: Es un niño muy juicioso para comer, ensaladas frías.

Higiene: Es muy juicioso en el baño se jabona y se cepilla.

Recreación: Le gusta jugar en todos los corros.

Temores: Le tiene mucho miedo a las cucarachas.

Habilidad: Tiene mucho habilidad para arreglar los corros y arreglarlos.

Salud: Ha estado muy bien de salud. Continúa con las tropicas.

Convivencia: Angel David ha tenido un cambio, se enoja con facilidad tira las cosas por lo general es cuando uno no le da lo que él quiere o no se le coloca el programa que él quiere.

10-02. 2025.

Sueños: Duerme mucho mejor desde que se aplico agua bendita. esta mas tranquilo.

Alimentación: Se come todo esta de buen apetito.

Higiene: Se gusta bañarse en la mañana y en la noche.

Recreación: Se juega que lo llevan a los parques.

Temores: Continúa con el temor a las cucarachas.

Mobilidad: Se gusta ir a la santa quisa corriendo y repite canta los cantos de la quisa.

Salud: No he podido que me den la cita de pediatría o otorrinología.

Siempre me dicen que no hay que darle.

Convivencia: Angel David ya volvió a estudiar no cambiado de su manera de convivir, le sirvió volver a estar con los demás niños.

17. 02. 2023.

Sueños: Duerme mucho mejor, tranquilo y tranquilo.

Alimentación: En la Leonia me dijeron que cuando le pasaron el bano, se comio el bano y despues se empeso a comer la cascara. pero es cosa muy juicio para comer.

Higiene: Le gusta el baño y el aseo en la boca.

Recreación: Le gusta jugar casi siempre solo y con las patinetas.

Amores: a los eucorachas.

Habilidades: para manejar las patinetas se subo a bajar algo que necesite.

Salud: En las tropicas no ha querido hacer con la Nueva fonodiologa.

Convivencia: Anbel David ha tenido un cambio un poco desmejorado, en el colegio es decir en la Leonia. La profe el primer dia de empezar clases, no tubo empatia con el niño y pienso que eso ha hecho que el niño este cambiando, falta mas amor, y cariño con el niño, pero ya hable con psicologo de la Leonia y la profe.

24-02-2025.

Sueños: Duermo mucho mejor así no se siente no se pasa pánico. un lado y el otro está durmiendo. bien

Alimentación: En casa come bien de todo frutas y verduras..

Higiene: Continúa con los hábitos de aseo bañándose en la ducha.

Recreación: juega en la casa con sus juguetes.

Temores: he podido observar en el jardín muy tímido nervioso.

Habilidades: a organizar juegos a colocar cosas y juguetes.

Salud: Esta semana ha cambiado en las terapias ya le trabaja la fonaudióloga

Convivencia: En la casa y en el jardín muy cambiado, muy tímido si se dirige a alguien es con tímidos. habla con la profe, y también con la psicóloga del jardín y la enfermera y a Angel David lo cambiaron de jardinero porque estaba presentando algunos comportamientos no adecuados... como llorar rebelde

un poco no sociable.

El 21 de febrero tubo cita de podiatría, le ordeno un purgante. También le informe lo que estaba pasando en el jardín en las tropicos y en cosa, por lo tanto lo remitio por desmi-
nucion de concentracion a la Neuropsicología.

También verbalmente me dijo que tocaba estar pendiente con el entorno del niño. Angel por lo general, no sido un poco sociable, revela por tiempo.

 Laura Fernández
Psicóloga
T.P. 219284

01-02-2025

- Sueño: Breiner se duerme toda la noche y se despierta temprano (a las 6:00am)
 - Alimentación: Breiner le gusta comer mucho y come casi todo
 - Convivencia: Breiner sonríe mucho y no llora tanto
 - Progreso: Breiner ya se puede colocar en el suelo y ya no llora, se la pasa jugando con los juguetes.
- y hace popo 2 veces al día (por que cuando llegó casi no hacía).
- * Breiner se le hace 2 veces al día lavado nasal

02-02-2025

Sueño: Breiner dormio tranquilo y despierto contento.
y dormio hora y media por la tarde

Alimentación: Breiner comio bien en el desayuno, almuerzo y cena

Convivencia: Breiner hoy estuvo tranquilo y contento y estuvo un muy buen rato en el suelo sin llorar

* Se le hizo 2 lavados nasales

* Se le corto el pelo a breiner porque estaba muy largo.

03-02-2025

- Sueño: Breiner se despierta temprano, y se despierta contento
- Alimentación: Breiner en las comidas es juicioso y se come todo, No hay problema en darle de comer
- Higiene: Breiner se mantiene siempre limpio
- Convivencia: Breiner hoy estuvo feliz y se mantuvo casi todo el tiempo en el suelo, es muy poco que se tiene en los brazos

04-02-2025

• Breiner Dormio bien toda la noche y se despertó a las 6:00am

• Breiner se come todo lo que se le da sin ningún problema, luego se baña y se cambia, luego se estuvo un buen tiempo en el suelo con los juguetes,

En la cena Breiner se comió todo y se durmió al rededor de las 8:30pm

* hoy breiner estuvo contento y lloró muy poco

5 al 9 de febrero 2025

• Sueño: Breiner duerme 2 veces al día, en la noche el papá de largo y en la tarde duerme media hora

• higiene: Breiner se mantiene limpio y aseado

• Alimentación: Breiner se come todo lo que se le da y le gusta comer un huevo frito al desayuno

°Recreación: Breiner es un bebé alegre y ya tiene 11 meses le gusta que jueguen con él y no le gusta estar solo

avance): Breiner está más en el suelo y no llora cuando lo bañan, y se está arrastrando en el piso para moverse

10 al 16 de febrero 2025

°Sueño: Breiner duerme bien, y duerme toda la noche por la tarde duerme 2 horas aproximadamente

°higiene: Breiner se baña 2 veces al día en la mañana y en la noche

°Alimentación: Breiner se come todo lo que uno le da

°Recreación: Breiner le gusta que lo saquen a pasear y es un bebé alegre

°Avance): Breiner duerme ya 2 horas por la tarde, se arrastra más en el piso y prefiere estar en el suelo que en la cuna y le gusta que lo bañen antes de

dormir o si no

21/02/2025

o Visita Biología: El Viernes 21 de febrero Breiner tiene encuentro biológico con So madre, le dio Regalo y al llegar a casa estaba dormido y el resto del día estuvo normal como todos los días

17 al 23 de febrero del 2025

Sueño: Breiner duerme bien en la noche y en el día duerme 2 horas y cuando duerme No le gusta que le hagan ruido

Alimentación: Breiner come muy bien y se come todo lo que se le da

Higiene: Breiner se baña 2 veces al día y se mantiene limpio, y se mantiene con ropa que le cubra todo el cuerpo para que no se rasque por el prurito que tiene porque el se saca sangre cuando se rasca mucho

Galaxy A13

Norma

• Convivencia: Breiner es un niño feliz y grita cuando está sucio o tiene hambre

• Avances: Breiner se arrastra por el piso más rápido (se parece un gusanito) y ya se sabe sentarse solo y disfruta que lo bañen y no le gusta tomar la leche sola

Temores: Breiner No le gusta la cuna cada vez que siente que lo vamos a acostar en la cuna se pone a llorar y gritar.

 Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

de tirarse al piso, cuando se le llama
la atención de que haga algo mal
ya no se pone tan bravo:

 Karen Y. C.
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

ENCUENTRO BIOLÓGICO

El día 27 de enero en horas de la
mañana en la fundación yo te cuido
Jacobo tuvo visita con el papá, compartió
con él, estuvo más tranquilo que otras
veces que han estado con él en los en-
cuentros biológicos.

Le llevo Galletas, Yogur, cuando lo recogí
nuevamente en la fundación Jacobo se des-
pidió del papá lo abrazó y le dio besos
nos venimos para la casa muy alegres,
contentos, amorosos, comió muy bien y durmió
excelente toda la noche.

El 28 de enero tuvo terapias por psicología
lingüística, ocupacional y neuropsicología y
los terapeutas le enviaron orden nuevamente
a la espera de autorización de Sanitas.

febrero 1-10 / 2025

Salud: Jacobo se encuentra bien de salud continúa con las terapias de psicología en la Sr. Maria auxiliadora, terapia lenguaje, ocupacional y Neuropsicología los días martes, es colaborador y realiza las actividades.

Conducta: Jacobo mantiene una buena relación con los miembros del hogar sustituto y los otros niños del programa.

Sueño: Jacobo le gusta acostarse temprano a las 8:30 pm duerme muy bien en la noche, le gusta madrugar se levanta a las 5:30 am.

febrero 11-27 / 2025

Habilidades: Jacobo le gusta pintar, le agrada trabajar con plastilina.

Alimentación: Jacobo consume muy bien los alimentos le gusta las frutas, verduras.

Hoyosense: Es un niño que le gusta oler a
rico, después del baño le agrada usar,
loción y crema para el cuerpo, es orgu-
zado, le gusta el orden.

Febrero 18 - 24 / 2025

El Cuernito Biológico, El día 21 de febrero
en la fundación yo te cuida en horas
de la tarde Jacobo recibió visita del
papá al principio Jacobo se puso a
llorar pero luego se calma, compartió
con el papá, le llevo unas frutas lo que
el niño le gusta se lo comió.

Cuando lo recogí nuevamente en la fundación
el niño se despidió del papá, lo abrazó
le dio un beso, luego salimos para la
casa Jacobo muy tranquilo luego se
puso a jugar a las carritas luego miró
televisión muñecos, comió muy bien y
pasó excelente noche.

Jacobo está en la guardería, ha mejorado un poco el comportamiento ya comparte con los niños, juega con ellos, realiza las actividades, consume muy bien los alimentos.

FEBRERO 25 - 28 / 2025

SAUD: Jacobo ha estado muy bien de salud ya como le salen granos en su cuerpecito. Continúa con las terapias.

DIFFICULTADES: En ocasiones Jacobo se pone muy bravo cuando no lo dejan ver tanto televisión pide que le coloquen muñecos y lo deja un ratito luego lo apaga se pone a llorar muy duro, se tira al piso, se pone a grotar y tiembla de la rabia que le da, le dan agua en ocasiones le pasan pero en otros no es muy bravo.

 Karen Y. Álvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

Febrero 14 al 16 Febrero de 2025

La niña viene del municipio de El Pital x Emisaria de Familia.

Se hace la presentación del hogar se dan los pautas de la casa, se explican sus deberes y derechos.

Se asigna su cama y cajero en el dormitorio.

Llega muy tranquila sin inconvenientes, no cuenta con lo que le sucedió ni tampoco se pregunta.

No es complicada para convivir, ha aceptado bien los cosas del hogar. con ganas de entrar a estudiar.

El domingo estuvimos en La Tagua disfrutamos de un delicioso almuerzo y estuvo muy feliz.

Del 17 al 23 de Febrero de 2025

Se lleva al Pital a una cita médica que estaba pendiente. y la encuentran en buenas condiciones. Está pendiente del cambio portabilidad para el municipio de Guizón.

Se encuentra cupo para estudiar en la Institución Educativa para el año Sexto inició el primer día en la

panada de la mañana.

Ya se le duran los útiles escolares, los uniformes pero le hacen falta los zapatos.

Recibió visita x parte de su familia biológica dice que estuvo muy tranquila y feliz.

Cuando llega no se vio afectada x la visita.

El domingo la ponemos en la cama viendo TV y comimos helado en la tarde.

Karen Patricia Flores
Trabajadora Social
28/02/2025

limpio, ha mejorado mucho el cepillado de los dientes, pues lo hacía regular.

• Sueño: Esta semana ha dejado de llorar y estar inquieto a la hora de dormir. Pero se levanta muy temprano a prender luces y hacer ruido, se despierta a las 5:00 AM.

• Recreación: Es muy contento a la hora de la Salidas, en la casa se divierte y entretiene con los juguetes.

• Apego: a sus hermanos.

Karen Fernia Al
Instituto Social
28-02-2025

• Temores: A la cucarachas, cucarones, y demás insecto q llegan a la casa.

• Salud: Goza de buena salud. Se le llamó la atención y estuvo un rato en su habitación porque ha perdido la costumbre de subirse a las rejas de la casa, y de pronto se llega a caer y son altos.

Del 2 de febrero /25 al 8 de febrero /25

• Alimentación: Kaleb come muy bien de todo lo que le damos, le gusta comer rápido y le incitamos en el aprendizaje de aprender a comer.

• Higiene: Continúa con su rutina de aseo y le gusta hacerlo.

• Sueños: Duerme bien toda la noche.

• Recreación: Disfruta cada momento, jugando con sus hermanos, aunque es muy brusco con ellos los hace llorar.

Apegos: A sus hermanos

Temores: A algunos animalitos

• Salud: Esta semana estuvo con fiebre pero se le controló, y hoy en día está muy bien.

Del 9 de febrero al 15 de febrero /25

• Alimentación: Esta semana Kalet ha comido muy bien de todo lo que le damos, continúa con el aprendizaje de comer bien y despacio.

• Higiene: Le gusta estar limpio y aseado, es muy independiente en su baño. Y le gusta jugar con el agua.

• Sueño: Duermes muy bien durante toda la noche. En el día no duerme.

• Recreación: Le gusta las salidas, es muy sociable y juega y comparte con los demás aunque a veces ponen quejas de que Kalet les pesa. Esta semana su profesora no ha puesto quejas de Kalet.

• Apegos: A sus hermanos, está muy pendiente de ellos.

• Temores: a los insectos que llegan a la casa.

Salud: Cuenta con buena salud, a veces al toser se le escucha con flema, tiene cita médica la próxima semana.

Del 16 de febrero/25 al 22 de febrero/25

• Alimentación: Come de todo, pero le insistimos que lo haga despacio, que mastique, ya que come muy rápido, es el primero que siempre acaba.

• Higiene: En algunos momentos de esta semana muestra resistencia para bañarse luego mucho a la hora del cepillado, no hace caso a las indicaciones q' le damos.

• Sueño: Duerme bien toda la noche, pero se despierta muy temprano a molestar y querer despertar a sus hermanos.

• Recreación: Le gusta el juego pero no le gusta compartir los juguetes, se los quita. Le gusta mucho las salidas, las distracciones mucho.

• Apego: A sus hermanos

• Temores: a los insectos de la casa, q' a veces aparecen.

• Salud: Esta bien de Salud física, la profesora ha puesto quejas de su comportamiento en clase, se sale del salón, no hace caso, se trae cosas escondidas, y el viernes pasado se quitó la correa y que empezó a pegarle a los compañeros y chicos de 5º grado. Cuando hace algo q' está mal, le tenemos que insistir mucho, se le corre pero él reincide y no colabora.

28 de febrero del 2025

Dejamos los Hermanitos Martinez Anas esta mañana en la fundación.
Al recibirlos nuevamente puedo observar que:

Kalet estuvo un poco inquieto con sus hermanitos me dijeron.

Al regresar a casa Kalet almorzó normal, ha estado en el transcurso de la tarde, tranquilo se comporta como todos los días, ha realizado las actividades que le decimos. Puedo ver que Kalet no tuvo ninguna afectación emocional al encontrarse con su mamá hoy en la mañana.

Karen Perera AF
Trabajadora Social
28-02-2025

Sueño : duerme normal a la no se
 levanta en horas de la noche para
 abrir la puerta

Estudio : hasta el día de hoy no ha
 entrado a clase por ausencia del docente,
 pero en la casa se le hace repaso del
 nombre y los números, igualmente los
 vocales

Salud : continúa con psicología, fisioterapia,
 odontología, a la espera de los resultados de
 las pruebas cognitivas

Encuentro biológico : llegó al hogar sin ningún
 cambio en su comportamiento



Laura Ferrer S.
 Psicóloga
 T.P. 219284

**Desde el 26 de enero hasta el 4 de
 febrero del 2025**

Novedad : El día 30 de enero la menor Laura
 Sofía cogió 15.000 pesos de una agenda
 que se encontraba en una mesa de la
 sala, abrió la puerta de la casa, cuando
 escucho al señor de las conas, sin
 percatarse al padre sustituto que la menor
 abrió la puerta de el prentz de la casa

habitación y únicamente escucho el sonido del portazo cuando la como, al observar al padre sustituto a la menor con un helado en cada mano le pregunto ¿cómo lo pago? y la menor me lleva al lugar donde había sacado el dinero, de igual manera el señor que vendía los conos salió en su moto a gran velocidad.

acciones tomadas: se le habló a la menor sobre la honestidad y la no repetición del acto que realizó.

Aspectos a mejorar: se debe evaluar más a las menores en sus capacidades y situaciones por sus estados psicológicos para evitar que continúen con los hábitos que los afectan en su vida y logren ser parte de la sociedad. En el hogar de acuerdo al riesgo que se tenga con las menores se deben tomar medidas como seguros en las puertas pero a la vez se convierte en contraproducente por el riesgo para la evasión en caso de un siniestro dentro de la casa habitación.

Al final del día todo hace parte de un aprendizaje que enriquece el trabajo social que se realiza y de igual manera para las menores para que no lo

Se vuelven a repetir e identifican las acciones que no deben volver a realizarse.

Estudios: el 3 de febrero entran a recibir clases al colegio.

Salud: En odontología sigue continua con las extracciones de las muelas que tiene en mal estado, son aproximadamente 5 muelas, continua con psicología y fisioterapia.

Estado de ánimo: normal, alegre, colaborador, tranquila.

Desde el 9 de febrero hasta el 17 de 2025

Salud: continua con seguimiento en psicología, fisioterapia y el resto la envía para lenguaje, salud ocupacional y en espera de las citas o terapias, sigue dictaminando retardo mental leve y la envían para neurología pediátrica, continuando con odontología.

Estudios: la docente informa sobre la situación de la menor y argumenta que no da rendimiento en las actividades asignadas sustentando de forma verbal que le negan llevar un documento sobre su estado psicológico o cognitivo de igual manera se le solicita

ir a la par del conocimiento que la menor pueda adquirir como por ejemplo: el nombre lo escribe bien, los números, las letras y dibujos. por que la educación es un derecho constitucional y no se debe vulnerar.

Disfrutar : Se llevo a la Fundación por una actividad de cine programada, de regreso en la pregunta por la película y expresa el mensaje de la misma.

Emociones : permaneces tranquilo, la única emoción que no controlas es la frustración por que reaccionas con el llanto en el momento de no conseguir lo que quieres.

actitud positiva : le gusta compartir con los otros menores, es colaborador, activa y le gusta interactuar con niños menores.

Alimentación : tiene buen apetito de igual manera se demostro demasiado comiendo o ingiriendo el alimento. aprox 2 horas por comida.

Desde el 17 de febrero hasta el 23 2025

Alimentación: continúa con buen apetito pero dorma aproximadamente dos horas para dormir de comer

higiene: por observación la menor no se baña de forma adecuada y se le ayuda o motiva para que lo haga bien y ella misma por que en el hogar biológico la bañaban y daban de comer cucharado teniendo presentemente hábitos de dependencia con 8 años de edad.

Sueño: descomosa de forma normal sin perturbaciones de sueño

Reuniones: las realizan en el colegio y trata de interactuar con los menores del hogar pero no es muy constante en el juego por que se distrae mucho y abandona rápido la actividad

Terror: Sin tener capacitación en psicología la menor muestra que ante el fracaso o frustración llora para superarlo y al momento cambio de ánimo a una sonrisa.

apego: siente un mayor vínculo con la hermana que con la madre por que cuando la reñen la hermana quedatopo, utilizar el llanto como muestra de sentimiento

habilidades : cooperativista, efectiva 100% colaboradora.

Relaciones : tiene paciencia para relacionarse con las personas pero se pasa hacer con hiperproducción con personas mayores.

Salud : continúa con los seguimientos en psicología, fisioterapia y odontología con extracción de muelas.

Estudio : la docente le deja al margen de su trabajo curricular por las capacidades de la menor pero la reafirma con temas de 1° como las letras y hacer actividades lúdicas, concuerda los materiales que lleva.

Novedad : 26 de febrero visita biológica:

Recibe la visita en la fundación por parte de la madre biológica, regresa al hogar sin ningún estado de alteración emocional.

observación : la menor le dice a la madre sustituta que si le puede decir "Vianey Golindo"? y la madre le respondió que; era mejor tío por que a los adultos se le respeta por la edad ya que ella es una señora, le pregunto momentos antes de llegar a la visita biológica, denota que utiliza la razón realiza interpolaciones ante cualquier situación.



Laura Fernández S.
Psicóloga
T.P. 219284

Le un brindado en familia y el equipo psico social de la fundacion ya te cuido.

Con los miembros del hogar es una niña respetuosa y con amigos es una niña muy atenta y especial

A tomado en serio el salir a hacer todos los días en las mañanas.

Alimentación: Consume toda clase de alimentos excepto crema de verduras



Laura Fernández S.

Psicóloga

T.P. 219284

1 febrero al 10 2025.

Salud: La niña viviana a gozado de buena salud, continua con el tratamiento dermatológico, su dermatitis seborreica a mejorado.

Alimentación: consume toda clase de alimentos excepto cremas de verduras

Higiene: Es ordenada y aseada.

Estudio: en casa lee y por internet investiga

temas de dicción
Esta a la espera de entrar al colegio
la última semana febrero.

Suñón: ser policía

Tímido. Cuando se vaya su hermana
a la universidad y apartarse de ella.

Recreación. Disfruta de las actividades
que se realicen en familia.

Comportamiento: al igual que su
hermana con la mamá Guadalupe
es odiosa, le responde mal, se le
llama la atención por ello.

10 febrero al 28 (2025).

Salud: la niña Ulucana gozando de
buena salud, su dermatitis seborreica
mejorada.

Alimentación: consume toda clase de
alimentos excepto cremas.

Norma

Higiene: Es ordenada con sus objetos personales, pero debo llamarle la atención por que no se baña la cabeza con frecuencia.

Estudio: El 21 de febrero ingreso al colegio en horario de 7:pm a 9:30pm. estudiaba los días miércoles, jueves, viernes y un sábado el mes. esto muy feliz con el regreso a clase.

Sueño: se polieia.

Recreación: Disfruta cada actividad que compartimos en familia. le gusta que hagamos platos de comidas diferentes

Temor: Apartarse de su hermana cuando se vayo a la universidad.

Comportamiento: a estado feliz po. que se fue Guadalupe, buen comportamiento en casa y su otra compañera

1 febrero al 10 - 2025

Salud: Durante estos días Johana a grado de buena salud.

Higiene es una niña asada y ordenada con sus objetos personales.

Estudio: Lee estudia por sus propios medios se enfrenta a la espera de pde JCBR. le cancelan cursos de nivelaciones en el Instituto Jose Cecilio Mutis.

Suero: Ser psicóloga.

Terror no ingresar a la universidad

Comportamiento: Hay momentos que le responde mal a Guadalupe, le llama la atención y se molesto, le reitero que yo no acepto ese tipo de actitudes por que todos merecemos respeto, en mi caso formos e formo mala actitud con ella y por ende no permitiré personas que falten al respeto.

10 febrero al 28-2024.

La niña Yohana a yozado de buena salud el días pasado se torno la citología, ya le llego su resultado muy bien.

Higiene: Yohana es una niña muy aseada con su presentacion personal y con sus objetos personales, su habitacion.

ESTUDIO: Se encuentra a la espera que empiece en el sena un curso de sistemas, en caso estudia por su propios medios

Suño: ser psicologa.

Temor: En reiteradas ocasiones la observo preocupada, siempre pregunta alixito sera que el proximo semestre si ire a la Universidad, le digo que debemos tener fe que va pronto ala universidad.

Comportamiento: su comportamiento a mejorado, como la niña Guadalupe ya no esta, por que con ella tenia diferencias

fortalecer es una niña responsable
tiene amor por el estudio,

Laura Fernanda S.
psicóloga

Sueños: Cuando solo de estudiar su psicología.

Alimentación: Se come las verduras cuando esta de buen genio.

Higiene: Se ha vuelto muy perezosa para el uso de la boca.

Recreación: Le gusta la piscina y se henoja si se le dice que se salga de la piscina muy bravo.

Habilidad: para el dibujo y el colorear mucho facilidad, tiene bonita letra.

Sofad: muy bueno. Sofad. Tiene pendiente la cita de neurología pediátrica para el 5 de Enero.

Temores: miedo o temor a los cohetes

Comportamiento: Es una niña muy grosera cuando esta de mal genio o quiere estar con su mamá es muy

grosera con la mamá sustituta. no hace eso.

Sueños: En psicología cuando termine los estudios de secundaria.

Alimentación: Se come todo y es de buen apetito.

Higiene: Se baña pero se le olvida el aseo en la boca.

Recreación: Le gusta que lo.

Heve a la piscina.

Habilidad: Le gusta hacer dibujos y lo hace muy bien.

Femores: a los cohetes y a los ruidos fuertes.

Salud: Lo cita que se tenía para el 5 de enero fue cancelada y reprogramada para el 5 de febrero. Continúa con buena salud.

Convivencia: El día 6.02 entro a este estudiar ya fue un cambio muy bonito se está adaptando al colegio.

JUEGOS: Dice muchas cosas que quiere ser psicóloga o cantante.

Alimentación: Se come todo ya aprendió a comer verduras y toda clase de alimento.

Higiene: muchas veces se le pasa el tiempo y no se baña lo toca y se pone brava si lo mandan.

Recreación: Es muy juiciosa con las cosas del colegio.

Habilidades: le gusta dibujar, colorear. Tiene mucha facilidad para dibujar.

Miedos: a los ruidos fuertes.

Salud: lo está por psicología. no se ha podido agendar porque la EPS no tiene profesional.

Comunicación: Estos días muy grosera por todo hasta porque se le da algo para comer los terminos son muy feos, se le cae de las manos y dice que manecadas, chimbadas, no respeta, y habla en la noche hasta tarde 10-11-12 de la noche y se dice algo y contesta con grocerios.

SUEÑO: ser diseñadora cuando termine sus estudios de secundaria

ALIMENTACIÓN: A aprendido a comer toda clase de alimentos que le sirvan

HIGIENE: muchas veces llega el día y se le pasa cepillarse

RECREACIÓN: le gusta jugar con las muñecas pero las golpea con los muebles

HABILIDADES: tiene una bonita letra y le gusta dibujar y colorear

TEMORES: le da miedo a los juegos piróctenicos

Salud: el 25 de febrero llame a neiva para recordar la cita de

psiquiatría

Convivencia: Esta semana ha estado muy graciosa y muy divertida, entonces se va a dormir y coge las muñecas y las costura, también se pone a hablar a reír y a decir palabras muy graciosas por y habla hasta las 11 - 12 - 10 de la noche y se le llama la atención dice, me impondrá un castigo igualito. Hago como hacen los gatos ladro como los perros. dice muchas cosas culpa a varias personas y que ella quiere estar con la mamá y intenta escapar pero reconoce al día siguiente de lo que hace.

El día de la visita psicológica. se portó muy bien no hizo patateta.

 Laura Fernández S.
Psicóloga
T.P. 219784

Salud: continúa con los seguimientos de terapia psicológica y salud ocupacional.

Emociones: Se encuentra estable y motivada en el Colegio.

- Es colaboradora, comedida, respetuosa y ordenada.

 Laura Fernández S.
Psicóloga
T.P. 219284

Dada el 26 de enero hasta el 09 de febrero 2025.

Salud: continúa con psicología, salud ocupacional y peso a higiene oral y queda al día hasta dentro de 6 meses.

Alimentación: mantiene excelente apetito para comer.

Higiene: conserva un excelente caso personal demostrando que le gusta permanecer por los hábitos adquiridos en el hogar sustituyendo permanecer limpio.

Emociones Se le habla sobre el control de la respiración cuando está exaltada o cuando experimenta cualquier sentimiento que la lleve a los extremos.

Actitudes positivas Continúa siendo muy colaboradora, comprensiva, respetuosa, comprensiva y constante.

Desde el 9 de febrero hasta el 16 del 2025

Brincos Se le lleva al gimnasio para que comparta con los otros niños en una actividad de la fundación para que vivan un período.

Salud El seguimiento sigue o continúa con total normalidad en psiquiatría y salud supranormal.

Sueño Descansa normal y los días de semana se duerme hasta las 9 o 10 am hasta el sueño profundo.

Norma

Visita de la dependencia, pitulito & luego al hogar sustituido un poco disminuida pero se le dio una charla motivacional para que estuviera equilibrada.

Emociones & se le habla sobre los juegos de contacto ya que se pueden ocasionar accidentes, y se le recomienda juegos de mesa para que disfrute con los compañeros de colegio.

Desde el 16 hasta el 23 de febrero 2025

Salud & continúa con seguimiento en psicología realiza cita con neurología en marzo x la dejan para nueva cita hasta dentro de 6 meses.

Alimentación & se alimenta con todo lo que le sirve.

Higiene & conserva buenos hábitos y se mantiene limpio con su ropa y zapatos.

Sueño & Descansa normal sin ningún problema.

Recreación & comparte actividades en el colegio y en el hogar con los miembros de su familia.

Habilidad & es muy colaboradora.

Estudio & se le colabora con los estudios académicos

Temores & le tiene miedo a las arañas, payasos y quedarse sola.

Visita biológica & Resiste visita biológica por videoconferencia con un familiar en tercer grado de consanguinidad "tía", llegando al hogar sin alteraciones emocionales.

 **Laura Fernández S.**
Psicóloga
T.P. 219284

Avances: Linda ya se baña sin problema
alguno, pero cuando llega el día de bañar
le el pelo llora pero no demasiado como
antes



Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

17 al 23 de febrero del 2025

• Sueño: Linda está semana al estado llorando por la noche, pero despierta contenta y se ha orinado 3 veces en el pañal

• Higiene: Linda se baña 2 veces por día y se cepilla los dientes sin problema y se le ha disminuido las liendras

• Alimentación: Linda se come toda la comida sin problema alguno, aunque no come muchas verduras, pero le preparamos las verduras de diferentes formas para que se las coma.

• Recreación: Linda obedece, pero a veces no le gusta hacer caso y lo desafía a veces y cuando salimos hace caso y se divierte mucho y juega mucho con los juguetes y le va bien en el jardín aunque un conero del jardín la mordió en el dedo

• Miedos: Linda no le gusta salir y cierra la puerta porque dice que hay "monstruos" aunque sea de día no le gusta salir, y Linda tiene pesadillas y duerme pero al rato llora o llora dormida

avances: Linda ah tenido mucho avance en la hora de bañarse porque ya no llora y le a asentado muy bien el jardín porque ya no llora tanto y comparte un poco más con los hermanos

21/02/2025

Visita Biologica: El Viernes 21 de febrero Linda tiene encuentro Biologico con su madre y le dieron regalos, al llegar a la casa Linda llega contenta y no jugó con el juguete que le dio la mamá y Almorzo bien y su estado emocional estaba bien, en la noche Linda Casi no dormio. Estuvo llorando hasta las 10:00 de la noche.

10 al 16 de febrero 2025

• Sueño: Linda duerme bien, sin ningún problema, Linda duerme con pañal para prevenir que se orine en la cama, porque esta semana se orina en la cama

• Higiene: Linda se baña 2 veces al día y se cepilla los dientes sin problema, pero a sido una lucha en quitarle la liendras

• Alimentación: Linda se come todo lo que se le sirve aunque a veces toca darle la comida porque a veces no le gusta comer sola

• Recreación: Cuando salimos Linda se porta bien y es obediente, esta semana salimos al parque y Linda se divirtió mucho, y mientras estaba jugando se cayó y se raspó la rodilla

• Miedos: Linda No le gusta salir cuando esta de noche le da miedo y dice que hay monstruos

5 al 9 de febrero 2025

• Sueño: Linda duerme bien y No tiene Problemas al dormir, a veces llora cuando duerme, se orina una vez en la cama
• Higiene: Linda se baña 2 veces al día y se cepilla los dientes sin problema

• Alimentación: Linda se come toda lo que se le sirve y le encanta comer carne y pollo, No le gusta comer muchas verduras pero se las come

• Recreación: Linda es obediente y muy sonriente y gusta ver la vaca Lola y jugar esta semana le ah estado llendo bien en el jardín y regresa feliz

Avance: Linda ya No le tiene miedo a bañarse y se esta bañando "sola" lo unico que no le gusta es bañarse la cabeza, y No llora tanto y comparte más

04-02-2025

• Sueño: Linda se despierta temprano, y se despierta contenta, hoy Linda hizo berrinche para acostarse

• Alimentación: Linda se come todo pero en la cena hizo berrinche y no quiso comer

• Higiene: Linda se cepillo los dientes sin problema alguno y se bañó sin llorar lo único es que no le gusta que le echen agua en la cabeza

• Convivencia: hoy Linda por la tarde estaba berrinchuda y quería ser solo consentida

arejo.

03-02-2025

Sueño: hay linda se despierto temprano, y contenta, en la noche se durmio rapido pero estaba haciendo berrinche porque no se queria acostar

Alimentación: Linda se comio todo al desayuno, almuerzo y cena, la verdad Linda no hace tanto berrinche para comer

higiene: Linda se cepilla las dientes y se lava las manos sin problema lo unico que no le gusta es bañarse y la miedo y eso que se le esta calentando el agua

Convivencia: hay linda estaba muy berrinchuda y queria ser solo consentida pero estuvo jugando con breiner y con los juguetes

01-02-2025

Sueño: Linda duerme a las 7:00pm y apenas se acuesta se duerme, a los 5 minutos

Alimentación: Linda se come todo excepto la ensalada

Convivencia: Linda es amorosa y muy sonriente le gusta jugar con los juguetes y no le gusta compartirlos juguetes

* hoy no llora cuando se baña

02-02-2025

Sueño: Lindo no tiene problemas para dormir y siempre se duerme temprano

Alimentación: Linda se comió todo lo que se le sirvió

Convivencia: Linda es muy juiciosa y consentida y le gusta ayudar a doblar la ropa

hoy se le cortó el pelo porque lo tenía desp.

Ocupacional, terapia de lenguaje y neuro
psicología

alimentación : come de forma adecuada y
conserva buen apetito

observaciones positivas :

- Es colaborador y amigable.

negativa :

Continua con la hiperactividad al 100%.

encuentro biológico : llega al hogar muy
sucio en un desaseo del 70% sin
causa justificada, donde en el hogar se lo
recorre el orden y la limpieza, buenos
modales, respeto de igual manera al
respeto con la padre biológico en las visitas.

 Laura Fernández S.
Psicóloga
T.P. 219284

**Desde el 26 de enero hasta el 9 de febrero
del 2020**

Salud : Continua con seguimiento de psicólogo
y pendiente por fisioterapia y lenguaje.

Estudio : lo menor es inteligente ante el
conocimiento que recibe del docente, pero

argumenta que por la indisciplina de la menor poco trabaja en clase por eso en el hogar le reparamos las actividades que no resultan en el colegio.

novedad: llega a la casa con un bonador especial y al preguntarle por su procedimiento argumenta que "la profesora se lo echo", pero resulta que la propietaria es la docente.

acciones tomadas: se le entregó al bonador a la profesora y se le dijo a la menor que pidiera disculpas, de igual manera se le continúa recordando el principio de la honestidad con el marca diario que se le da a los menores que integran el hogar sustituto.

aspecto positivo: El compañerismo, es colaborador, muy dinámico en las actividades y se relaciona muy bien con los niños de menor edad.

Alimentación: de buen apetito pero en ocasiones es un poco reacio a las verduras pero es normal a esa edad.

o falta de costumbre de su dieta.

Sueño: docente normal se acuestan a las 8:30 pm y levantan a las 7:00 am.

Desde el 09 de febrero hasta el 16 del 2025

Estudio: la docente envia una nota sobre la falta de concentracion de la menor por que es muy activa pero no trabaja en las temas asignadas.

Hechos tomados: En el hogar al llegar se dedica a Armar o realizar lo que no hizo en clase para que este al dia en la parte academica.

Salud: continua con los seguimientos ps. colegio semanales.

Higiene: un poco descuidada en el cuidado dental, se le esta enseñando de nuevo a cepillarse bien.

Comportamiento y emociones: se le trabaja

en el respeto a las personas, el contacto físico, apego y el control de la respiración en los momentos de ansiedad.

Novedad: El Sábado 15 de febrero en horas de la mañana la menor guadalup agredió en 4 ocasiones a la hermana sofía se jugaron jugar las dos con los juguetes didácticos y muñecas pero en esas ocasiones salía llorando sofía por que la hermana la golpeaba, se le pregunto a la menor porque agredió a la hermana pero no contesto.

medidas tomadas: se le dió una charla sobre el respeto y las agresiones a las personas en especial a los hermanos y luego los enviamos al cuarto x se puso a transcribir la cartilla "nacho lee"

Bienestar: Se llevo a la fundación y compositó una película, se le pregunto sobre el mensaje que le dio y explica el tema y la enseñanza.

Desde el 16 de febrero hasta el 23 del 2025.

Salud & continúa con psicología.

Alimentación & tiene buen apetito se le dificulta las verduras.

Higiene & Trata de conservar hábitos saludables de higiene pero necesita ayuda, no cubre la ropa.

Suño & duerme sin perturbaciones incluso en horas de la tarde despierta.

Recreación & realiza actividades en el colegio y con los que viven en el hogar sustituye

habilidades & compañerista, colaboradora

temores & registra que quiere irse con el papá y reacciona con llanto ante lo que no puede controlar o frustración y los murmullos grandes

Estudio & casi todos los días envía nota sobre el no trabajo de la mamá en clase y teme que adelantarse en la casa pero saca buenas notas en las evaluaciones que realiza no conserva los materiales de estudio por su misma hiperactividad, prende todas las columnas, bombardeo, susurros etc

Visita biológica y Describi visita biológica
por parte de familiares en tercer grado
de consanguinidad "Tíos", llega al hogar
con total tranquilidad

Laura Fernández S.
Psicóloga
T.P. 219284

Del 29 de Enero al 02 de Febrero de 2025

La niña Yulisa viene de Hogar de Rosa al día 29 de Enero
se hace la presentación en el hogar, se le explican las
partes, deberes y derechos. Se le asigna su cama
en la habitación.

Es una niña muy callada, come muy despacio, poco
tiene paciencia de cuidado y con no le gusta colaborar
con cosas del hogar como el arreglo de su cama.

Se encuentra estudiando en La Institución de Barras
Unidas en Grado 1^o pero no le gusta hacer tareas ni
trabaja. La preferencia dice que en el
salón no hace trabajos y se la para
mirando patito todas las tardes.

 Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

Del 03 al 09 de Febrero de 2025

Llevo al Odontólogo en la jornada de tarde y tiene
reconocido

Se llevó al odontólogo y le sacaron una muela porque
la tenía dañada, continúa en control.

El domingo y el sábado estuvo en la Jugueta y la
puso muy contenta

Del 10 al 16 de Febrero de 2021

Asistió al Ekegjo de manua normal pero no le gusta trabajar en claro llegar con las cuaderns en limpio y hegn avanzadas.

En una poco acata las ordens y si ud le dice la primera vez y mañana ya se le ha olvidado lo que se le dijo.

Se lluegan exámenes a Salud Vital que estan pendientes para llevar al médico.

El domingo fuimos a la Tigua hacer el almuerzo y la pasó muy feliz.

Del 17 al 23 de Febrero de 2025

Asistió al Ekegjo de manua normal sin mostrar algún cambio todas las días mandaba mensajes las preferencias de refuerzo y trabajo en casa pero poco colabora la niña no le interesa aprender.

Recibió visita el viernes por parte de su familia estuvo muy tranquila después de esto, no llegó llorando ni nada. Tampoco le trajeron nada para ella. El domingo se pasó en casa comiendo helado

y miraron TV en la tarde.

Karen Patricia Pérez-
Trabadora Social
28/02/2025

feliz y emocionado de ver tantos cambios.
Ha estado un poco con tos pero x ratos.

 Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

Del 22 de Enero al 02 de Febrero de 2025

Asistió a las terapias de lenguaje y ocupacional los días martes y jueves.

Continúa con paños de alger el pañal durante el día.

Asistió a valoración x parte de la Pedagogía Infantil en la casa.

Lo que más le gusta al niño es ir al parque en el monopatín a dar vueltas y jugar.

Del 03 al 09 de Febrero de 2025

Asistió a las terapias de lenguaje y ocupacional los días martes y jueves.

También recibió control x la Nutricionista en el Hospital donde lo encontró en buenas condiciones, con peso y talla adecuados.

El sábado y domingo estuvo en La Jague y la pasó

muy feliz en familia.

Del 10 al 16 de Febrero de 2025

El día Juan volvió a la Guardería La Leona y se fue muy contento y se encontró con sus amigos.

El día martes y miércoles se llevó a Neiva a control con la Neuróloga y el Neofisiólogo Pediatra. La primera lo encontró súper le suspendió las terapias y control en 8 meses. El Neofisiólogo igual le miró los exámenes y dijo que estaba muy bien y le dejó control en 1 año.

El jueves asistió a terapias de lenguaje y ocupacional.

El domingo nos fuimos para la Tagua a hacer un delicioso almuerzo familiar.

Del 17 al 23 de Febrero de 2025.

Asistió al colegio toda la semana ha estado un poco con tos y moquitos y se está curando nuevamente ya se habló con la profesora para que por favor estuviera más pendiente de él y no dejen el piano que se hizo en vacaciones.

Asistió a terapias lúdicas, motoras y físicas y fue a las terapias de lenguaje y ocupacional.

El domingo lo llevamos al saltarín y estuvo super contento.

Karen Fevenia Alvarez
Trabajadora Social
28/02/2025

21/2 CALTADAS? En ocasiones Paula se pone muy brava, se tira al piso, llora muy duro, se pega en la cara, se arranca el cabello y toca estar pendiente que no se lo coma.

Continúa con los medicamentos de paraguaitra, el paraguaitra le cambió las gotas de insulina por pasta y no se fueron a pedir a Colmedica y no hay, voy varias veces a solicitarla pero nada que llegar.

Febrero 17 - 17/2025

Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

Salud: El día 14 de febrero Paula tiene una cita en la ciudad de Bogotá para la toma de un examen de la marcha enviado por el ortopedista pediatra, se fue a hacer el examen en la clínica de ortopedía Roosevelt cuando llevamos a la niña al examen se puso muy pálida, le tomaron los signos y se descompuso, no le tomaron el examen si no que la subieron a piso, le colocaron oxígeno, estaba muy brava llorando la puse a pie, la tuvieron 5

En el Hospital de la Esclera, el día 18 logramos tomar el examen de marcha y le dimos Salud, le tomamos exámenes, se saltó del estómago, recomendaciones del pediatra pasar a control nuevamente con el pediatra y le envió un examen del corazón, Santos lo autorizó lo enviaron para la meditación pero no me lo agendaron porque le colocaron mal el código.

Alimentación: Consume poca la toda clase de alimentos le gusta mucho las verduras y ensaladas.

Febrero 18 - 24 / 2025

Salud: Ya gracias a Dios le sigue ha estado mejor como mucho mejor, Continúa con los medicamentos enviados por el psiquiatra duerme mucho mejor, asiste los días martes a terapias con la Neuropsicología, le trabaja pero hay momentos que se queda dormido o se pone bravo. Las otras terapias se las hacen con

cilarios, le gusta mucho que le hagan
masajes.

febrero 25 - 28 / 2015

SUEÑO: Paula se acuesta a las 8:30pm
esta durmiendo mucho mejor ya casi no
se despierta a la madrugada.

Alimentación: Paula consume muy
bien los alimentos, le gusta mucho los
frutas.

Salud: Continúa con los terapias de
neuropsicología, y fisio, ocupacio-
nal, lenguaje dominoterrado.

DIFICULTADES: Paula sigue en ocasiones
muy brava, llora muy duro, se tranquiliza
un poco cuando le dan agua y se pone
a escuchar musica se tranquiliza un
poco, le gusta caminar, se tira mucho
al piso se pone brava.

 Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

otros alimentos para que se los coma.

• **Higiene:** Le seguimos insistiendo en el aprendizaje de guisar las veces a que quiere orinar y hacer del cuerpo, para a no se siga haciendo en los pantalones, además de que ya tiene la edad de aunar, el problema además es porque no habla, son muy pocas las palabras a trata de pronunciar. En cuanto a la higiene le gusta estar limpia, y disfruta de los baños y le gusta cepillarse.

• **Sueño:** En algunas noches llora en la madrugada, debo ir a acompañarla.

• **Recreación:** Es muy alegre y sociable hace amiguitos rápido, llega se divierte y comparte juegos con los demás.

• **Temores:** Al dormir, debo acompañarla hasta a se duerma.

• **Apego:** A algunos muñecos.

• **Salud:** Está bien de salud.

Karen Perea
Trabajadora Social
28-02-2025

Del 2 de febrero 125 al 8 de febrero/25

• **Alimentación:** Ha comido durante esta semana un poco menos, pero estuvo con síntomas de anpa, pero se le ha controlado.

• **Higiene:** Continúa con el aprendizaje de aunar, ir al baño, sigue con su rutina de aseo y cepillado de los dientes los cuok, disfruta mucho.

• Sueño = Duerme bien aunque en esta semana ^{2 veces} en la madrugada se despertó, debo ir a acompañarla.

• Recreación: Juega y disputa de cada salida, y aquí en la casa juega a toda hora con sus hermanos

• Temor: Al ir al dormir, debo acompañarla hasta que se duerma.

• Apego: A algunas muñecas

• Salud: Esta semana Valery estuvo con fiebre y síntomas de gripe le dimos acetaminofen y se la controlamos y no le avanzó la gripe. Al momento se encuentra bien. Ya de Salud.

Del 9 de febrero al 15 de febrero /25

• Alimentación: Esta semana ha comido muy bien de todo lo que le hemos proporcionado.

• Higiene: Es muy independiente a la hora del baño le gusta jugar con el agua, disfruta mucho de los baños

• Sueño: Duerme muy bien toda la noche esta semana no se ha despertado a media noche, ha dormido de recordo.

• Recreación: Es muy divertida y sociable se entretiene fácilmente juega y disputa con sus hermanos y demás niños. Aunque a veces también pelean y se pelean.

• Temores: Al ir a dormir, debo acompañarla hasta que se quede dormida.

• Apoyo: a algunos muñecos

• Salud: Esta semana Valery ha estado muy bien de salud. No ha presentado ningún síntoma de anpc.

Del 16 de febrero /25 al 22 de febrero/25

• Alimentación: Come bien de todo, pero le estamos diciendo que durante la comida no juegue con la cuchara y moviendo el cuerpo ya que hace muchos requeros con la comida y se distrae fácilmente.
y que cuando no decida comer algo, que lo manifieste.

• Higiene: Hemos notado q' le gusta meterse los dedos en la nariz, hasta que le sangra, al igual si tiene algo en el cuerpo, lo molesta la carachita hasta q' sangra.
Es muy lucosa con los baños y horas de cepillado.

• Sueño: Duerme muy bien durante toda la noche, esta semana no se ha despertado en la madrugada

• Recreación: Le gusta jugar, compartir es muy alegre y todo lo disfruta

• Temores, Al dormir.

• Apoyo: A los muñecos

• Salud: Esta bien de Salud.

28 de febrero del 2025

"Encuentro Biológico."

Dejamos los hermanitos Martinec Arias en la fundación.

Al recibirlos podemos observar que:

Valery, estuvo atenta, al encontrarnos nuevamente.

Valery almuerzo normal, y en el transcurso de la tarde ha estado tranquila, alegre ha compartido con sus hermanos como siempre se ve q' se comporta como todos los días, podemos evidenciar que no tiene ninguno afectación emocional por el encuentro que tuvo hoy en la mañana con su mamá.

Karen Cordero Al
Trabajadora Social
28-02-2025

Costumbre. Se evidencia que no tuvieron ninguna afectación emocional al encuentro biológico.

José compartió jugó y comió como todos los días. En José no se notó ningún cambio. Estuvo muy normal como todos los días.

Karen Pereda A.
Trabajadora Social

Del 26 de Enero /25 al 1 de Febrero /25

• Alimentación: Ha estado comiendo muy bien de todo lo que le damos.

• Higiene: Le gusta estar limpio, juega y disfruta de los baños, al principio lloraba al cambio de crema dental pero ya se acostumbró y no llora, le gusta cepillarse y se deja cepillar también.

• Sueño: Ha dormido muy bien durante la semana.

• Recreación: Es muy juguetón se distrae y juega con facilidad. Le gustan todos los juegos. Comparte y disfruta con sus hermanos.

• Temores: A la hora de ir a dormir. Lloraba un poco pero se calma al verme en la habitación.

• Apego: Cuando a veces salimos. Lloraba un poco.

• Salud: Al inicio de semana estuvo muy bien pero el sábado a medio día estuvo con fiebre la tenía en 38. le dimos acetaminofeno.

ten 6 a. y le pasó, gracias a Dios se le controló y no le volvió a dar. Se la pegó Daniela q' estuvo igual. Pero a el bb no le avanzó como a ella.

Del 2 de febrero /25 al 8 de febrero /25

- Alimentación: Come bien de todo, esta semana un poco menos estuvo con fiebre pero se le controló.
- Higiene: Le gusta la rutina de baño y cepillado de boca. Distrita.
- Sueño: Duorme en el día 1 hora a medio día, y en la noche duorme de recomendado.
- Recreación: Todo los juegos los distrita.
- Temores: Al saltar uno de los dos a veces llora.
- Salud: Yoser al paval q' sus hermanitas esta semana presento un episodio de fiebre el cual se le controló, y no avanzo sintomas de gripe. Al día de hoy se encuentra bien de Salud.

Del 9 de febrero /25 al 15 de febrero /25

- Alimentación: Durant toda la semana comió muy bien de todo.
- Higiene: Le gusta mucho el agua entonces distrita mucho de sus rutinas de baño, uno en la mañanita y el otro al ir a dormir.

Sueño: Duermo muy bien toda la noche y en el día duermo una hora antes o después de dormir.

• Recreación: Juega y comparte con sus hermanitas y demás niños.

• Temores: Cuando alguno de los dos salimos a veces llora. Al acabar la luz al ir a dormir a veces llora.

Salud: Cuenta con muy buena Salud.

Del 16 de febrero/25 al 22 de febrero/25

• Alimentación: Come muy bien de todo.

• Higiene: Le gusta el baño y cepillado de dientes. Esta atento a las indicaciones.

• Sueño: Duermo bien en el día una hora y durante toda la noche de recondeo.

• Recreación: Juega y comparte, ya inicio en el hogar y la profesora dice que es muy activo.

• Temores: A la hora de dormir.

• Salud: Al finalizar la semana ha presentado secreción de flema nasal. Hemos evidenciado que las chanchas se las mete en la boca y las mastica al igual que otros objetos, trabajamos para quitarle ese hábito.

28 de febrero del 2025

"Encuentro Biológico".

Dejamos los hermanitos Martinet Arias en la fundación.

Al recibirlos podemos observar que:

Closers, estuvo atento a nuestras indicaciones, en el transcurso de la tarde ha estado tranquilo, alegre, ha realizado actividades con nosotros bien, normal como es él. Puedo observar que Closers no tuvo ninguna afectación emocional al encuentro con su mamá.

Karen Perena AP
Trabajadora Social
28-02-2025

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 27/07/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Cairón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yote wido</u>	Dirección <u>cl 7 N. 2E-03 B/Santa Clara</u>	Teléfono <u>- 0 -</u>
---	---	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Karen Alvarez</u>	CC. <u>1004442110</u>	Celular <u>3138249598</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>28/05/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Laura Tancande Soto</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social yote wido</u>
-----------------------------------	---	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Cabrera	Vargas	Alfonsa Vianed
Identificación: 55062718			
Dirección: C118 BN - 7 60		Tel. Fijo: - 0 -	Celular: 313803136
Barrio: Sabambú		Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico

Plan Mejoramiento²

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	Karly Vazirana Alex Perdomo	02/12/06	C.C. 1117504923	23344362	21/11/19	Defensoría de familia de Garzón
2	Leidy Yohana Alex Perdomo	31/03/05	C.C. 1115943303	23344361	25/11/19	Defensoría de familia de Garzón
3	Diana Marcela Ulises Guetare	12/05/09	T.I. 1062777511	23440803	13/12/19	Comisaría de familia Belalcázar C
4						

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

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1951 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

F 14 MO4 P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Se evidenciarán las gestiones para la garantía de los derechos de cada una de las usuarias.

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 ☐

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Rafy Vazarian y Lady al encontrarse en adopción biológica no reciben encuentros biológicos. Con Diana Marcela a la fecha no se han recibido autorizaciones para los encuentros biológicos por parte de la autoridad administrativa.

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	☒		☒		☒					

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

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14 MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

La documentación se encuentra al día y organizada.

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)

Leidy no cuenta con dotación escolar debido a que no se encuentra estudiando, está realizando cursos de reforzo debido que transita a formación profesional.

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

En la visita se evidencian a la madre sustituta con disposición para recibir la visita. Las usuarias manifiestan sentirse agusto en la unidad de servicios donde cuentan con todas las atenciones y protección.

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	Sin humedad pisos	seguros, no resbalos o, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

las condiciones habitacionales son optimas
adecuadas para la prestación del servicio.

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

No se evidenciaron compromisos a esta-
blo con.

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
 1561 DE 2012

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

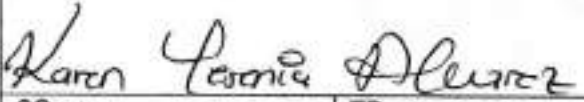
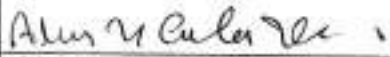
Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Karen Leonie Alcaraz		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Alina V Cabrejo Vargas	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1004442110	TP. 1004442110	CC. 55062718	Carina
Celular: 3138249598		Celular: 3133808136	
Correo electrónico: trabajosocial.garren@gmail.com		Correo electrónico: alixcabrejo100@hotmail.com	

Notas:

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSF Y A LA LEY 1361 DE 2012.

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☒	Tutor ☐
-----------------	---	--	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yo te cuido</u>	Dirección <u>Cll 7N 2E - 03 B/ Santa clara</u>	Teléfono <u>- 0 -</u>
---	---	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Laura Fernández</u>	CC. <u>1077873295</u>	Celular <u>3222386509</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>30/01/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Karen Yessenia Alvarez</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social yo te cuido</u>
-----------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Fragua	Poveda	Mra Milena
Identificación: 55057466			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
c/13N IC - 21			3213569805
Barrio:		Correo electrónico:	
El Bosque		anamilena.fragua@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	01/03/10	T.I 1117234 933	2333 0129	11/05/19	Defensoría de familia 2 de Barranquilla
2	Frank Steven Noruarez Rodriguez	27/11/09	T.I 1118370 626	2335 1063	25/07/24	Comisaría de familia del Pital
3	Geirni Velenzuela Aguilar	25/02/10	T.I 1077002 717	sin información	22/11/24	Comisaría de familia Tarqui
4	Yeferson Velenzuela Aguilar	31/01/12	T.I 10815160 74	sin información	22/11/24	Comisaría de familia Tarqui.

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

A la fecha no se ha podido vincular a vector al sistema de adopción debido a que se encuentra internado por afectación de ruta por salud mental. a la fecha no ha tenido reintegra

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Victor por encontrarse en adoptabilidad no recibe encuentros biológicos. Frank a la fecha no se ha recibido autorización para la vinculación al proceso a red familiar o extensa para las encuentros biológicos.

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	☒		☒		☒		☒			

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

A la fecha se ordena a las gestiones en la garantía de derechos de los usuarios.

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)

Víctor al no encontrarse escolarizando no cuenta con la dotación escolar. Se evalúa la dotación de los usuarios completa y en buen estado 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.

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F 14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

En la visita se evidencian que la madre sustituta recibe la visita, es serena al proporcionar la información requerida, las usuarias presentes en la unidad manifiestan sentirse a gusto con los cuidados y compañía de la madre sustituta. Se menciona que Víctor se encuentra con internado en la clínica Santa Rosa de Guayaquil.

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	Sin humedad pisos	seguros, no resbalos	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

la condiciones habitacionales son adecuadas para la prestación del servicio. Se encuentra aseada y en orden, con espacios optimos.

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

No se encontraron compromisos.

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

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

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita <i>Laura Fernández Soto</i> Firma de la persona que realiza la visita <i>Laura Fernández Soto</i> CC. 507783295 TP. 219284 Celular: 322 238 6509 Correo electrónico:	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita <i>Ana Milena Freg</i> Firma de la persona que recibe la visita <i>Ana Milena Freg</i> CC. 55057466 Celular: 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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yo te cuido</u>	Dirección <u>Cll 7 N. 28 03 B/ Santa Clara</u>	Teléfono <u>— —</u>
---	---	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Karen Alvarez</u>	CC. <u>1004442110</u>	Celular <u>3138249598</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>29/01/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Karen Alvarez C</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social yo te cuido.</u>
-----------------------------------	---	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Combe	Clara Ines
Identificación: 55058747			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
CALLE N. 3-25		— 0 —	3214287301
Barrio:		Correo electrónico:	
Lal Palmas		rojasclaraines99@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

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Marta-Fernanda Gomez Ulloa	10/05/10	1088896034	23597351	22/09/23	Defensora de familia (H)
2	Luz Angeles Sierra Villan?	11/02/27	1061544611	235103542	28/04/24	Comisaria de familia (H) Acuerdo (H)
3	Sharol Nikol Maman Villan?	16/11/12	1059479800	23351072	18/04/24	Comisaria de familia (H) Acuerdo (H)
4	Liam Santiago Maman Villan?	15/07/29	1077889692	235103540	15/07/24	Comisaria de familia (H) Acuerdo (H)

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

5	María Alejandra Salazar Guzmán 28/05/11	1.082.157 977	23 35 17 78	20/12/24	Comisaría de Familia el Pitul
---	--	------------------	----------------	----------	----------------------------------

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

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Por la edad y etapa de desarrollo de Liam no cuenta con vinculaciones ni seguimiento escolar ya que tiene 4 meses de igual forma con su 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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Por la etapa de desarrollo Liam no realiza prácticas de autocuidado y protección, sin embargo su progenitora y madre sustituta suplenn estos aspectos. Maria Alejandra mantiene conductas autolesivas lo cual esta en constante acompañamiento.

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	

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN		F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

En la visita se observó a los usuarios en buenas condiciones de presentación y aseo. Manifestaron sentirse gusto en la unidad.

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)

A la fecha se encuentra la dotación en buenas condiciones de uso y adecuada para cada usuario.

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		
Carta de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

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 CBF Y A LA LEY 1361 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

Se evidencian a la hora de la visita des-
 posición para la misma. La madre susten-
 ta refiere que los gestores en salud y educación
 se han reunido oportunamente. Sin embargo
 refiere que la EPS de las Hermanas Vallen-
 ya que para evaluar ciber tiene que tener
 autorización, lo que hace el proceso demorado.

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	Sin humedad por fugas, seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1561 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

las condiciones de la casa son óptimas y adecuadas para la prestación del servicio.

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

No se encuentran compromisos ni recomendaciones.

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

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

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

<p style="text-align: center;">Actividades desarrolladas en la visita:</p> <p>☒ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.</p> <p>☒ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD.</p> <p>☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.</p> <p>☐ Diálogo con miembros de la familia.</p> <p>☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros</p> <p>☒ Observación a vivienda, dotación, otros</p>
<p style="text-align: center;">Resultados de la Visita:</p> <p style="text-align: center;">(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)</p> <p>☒ Condiciones satisfactorias</p> <p>☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.</p>

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita <i>Karen Lorena Alvarez C.</i>	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita <i>Clara Inés Rojas Cumbé</i>
Firma de la persona que realiza la visita <i>Karen Lorena Alvarez</i>	Firma de la persona que recibe la visita <i>Clara Inés Rojas C.</i>
CC: 1004447110 TP: 604442110	CC: 55058747
Celular: 3138249298	Celular: 3214289301
Correo electrónico: <i>trobec@w.garcen@gmail.com</i>	Correo electrónico: <i>regulaciones99@gmail.com</i>

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 considerará como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS INCORPORADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DEL 2012

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 71 02 2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Corzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre Fundación Social yo te cuido	Dirección C/1 7N 2E - 03 B/ Santa clara	Teléfono - 0 -
---	---	-------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos Karen Yesenia A.	CC. 1004442110	Celular 3138249598
---	-------------------	-----------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 29/05/2025	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita Laura Fernández Soto	Entidad que realizó la visita Fundación Social yo te cuido
----------------------------	---	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Tragua	Poveda	Marleny
Identificación: 29491004			
Dirección: C/17N 2E-11		Tel. Fijo: — 0 —	Celular: 3118522212
Barrio: Santa clara		Correo electrónico: Fragua.poveda.marleny@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	Paola Lizeth Gonzalez Mendoza	21/04/11	1083903691	Sin información	29/01/25	Comisión de familia Garzón
2	Daniela Parra Orozco	28/08/15	1097.874951	2350451	03/02/25	Defensoría 4 Pitaguito
3						
4						

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1551 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

5					
---	--	--	--	--	--

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

A la Fecha los dos usuarios cuentan con la garantía de derechos, así mismo cuenta con la documentación pertinente.

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Las dos usuarias recibieron encuentro biológico en el mes de febrero el cual fue positivo para su proceso

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	☒		☒							

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

Las carpetas de los usuarios se encuentran debidamente ordenada y con los documentos correspondientes

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)

La dotación de los usuarios se encuentra completa y en optimas condiciones para su 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.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

La Carpeta de la madre sustituta se encuentra debidamente ordenada y actualizada, así mismo cuenta con los debidos criterios establecidos

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	Sin humedad pisos	seguros, no resbalos, sin os, sin	Ventilación e iluminación natural
Cocina	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Despensa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Comedor	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sala	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lavandería	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dormitorios	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Baños	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

A la Fecha la unidad de servicios se encuentra en optimas condiciones para la prestación del servicio

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

No se encontraron compromisos a establecer.

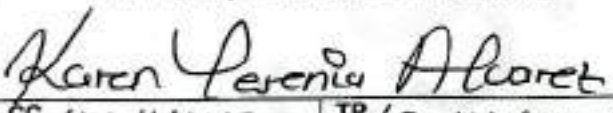
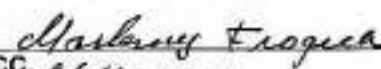
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

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

Actividades desarrolladas en la visita: ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD. ☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos. ☐ Diálogo con miembros de la familia. ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros ☒ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita: (Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría) ☒ Condiciones satisfactorias ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado. ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado. ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rcl.
--

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Karen Perenia Alvarez C.	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Marlene Troque
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1004442110 TP. 1004442110	CC. 26491004
Celular: 3138249598	Celular: 3118522212
Correo electrónico: marlene.troque@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.

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

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social yo te cuido	c/ AN 25 - 03 B/ Santa clara	- 0 -

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Laura Fernández	1077873295	3222386509

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
30/01/2025	Karen Geoenia Alvarez Laura Fernández Soto	Fundación social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Cruz	Valenzuela	Mireya
Identificación: 52995117			
Dirección: Vereda claros		Tel. Fijo	Celular
		— 0 —	3122048410
Barrio: Vereda claros		Correo electrónico: mire.yin9580@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	☒	Plan Mejoramiento ²	☐	Seguimiento extraordinario	☐
-----------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Luis Angel Ramirez Pelomero	26/02/20	R.C 1080938467	23351682	18/10/24	Comisaría de familia Guacupe
2	Linda Esmeralda Buitrago Rami.	25/03/22	R.C 1082132311	23351693	18/10/24	Comisaría de familia Guacupe
3	Breiner Stid Buitrago Ramirez	07/03/24	R.C 1082132734	23351691	18/10/24	Comisaría de familia Guacupe
4						

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Linda esmeralda por su edad se encuentra vinculada a la modalidad hogar comunitario primario en familia. y Brenner por su edad y etapa no se encuentra generalizado.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☒ No	☒ 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.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Por la edad y etapa de desarrollo no realizan prácticas de cuidado y protección, por lo cual estos los suplén la madre sustituta en favor de su cuidado y protección.

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 período actual cursado		☒		☒		☒				
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	☒		☒		☒					

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

Linda y Bremer no cuentan con boletines escolares por su edad. Luis Angel apenas esta cursando grado preescolar

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

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

Se verifica en buenas condiciones las dotaciones.

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

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

La visita la recibe la madre sustituta con buena disposición, los usuarios se encuentran en buenas condiciones de aseo y presentación personal. Se encuentran realizando sus actividades adecuadas.

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	Sin humedad pisos	seguros, no resbalos, os, sin	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

Se evidencia que las condiciones habitacionales son adecuadas en orden de higiene.

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

• Brenner asistir a cita por médico general el 07/03/2025.

• Linda debe asistir a cita por psicología el 10/03/2025, y cita por (cirujano) odontología el 07/03/2025

• Luis Angel debe asistir a cita por psicología 07/03/2025 y odontología el día 08/03/2025.

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

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

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita <i>Laura Fernanda Soto</i> Firma de la persona que realiza la visita <i>Laura Fernanda Soto</i> CC. 1077873295 TP. 919284 Celular: 3222386509. Correo electrónico:	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita <i>Mireya Cruz Valenzuela</i> Firma de la persona que recibe la visita <i>Mireya Cruz</i> CC. 52995117 Celular: 3122048410 Correo electrónico: mire-yin9580@hotmail.co
--	---

Notas:

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

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

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28 02 2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social yo te cuido	c/17N 2E - 03 B/ Santa Clara	- 0 -

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Karen Yessenia A.	1004442110	3138249598

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
	Laura Fernández Soto	Fundación social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido Almario	Segundo Apellido Calderon	Nombres Miryam
Identificación: 26491705			
Dirección: Cr 5 N 6-53	Tel. Fijo 6088335922		Celular 3118337233
Barrio: Centro	Correo electrónico: miryamalmario67@gmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Angel David Trujillo	19/08/20	R.C 1081519078	23344540	20/12/22	Defensoría de familia de Garzón
2	Leidy Johana Guelli Cediel	02/10/10	1076508058	23351697	13/12/24	Defensoría de familia de Garzón
3						
4						

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

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considere 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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

En el momento Ángel David Trujillo no se encuentra adelantando acciones para su proyecto de vida en razón a su edad y etapa de desarrollo.

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 ☐

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 1561 DEL 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Angel David no cuenta con encuentros
biologicos en razón q se le encuentra
declarado en adoptabilidad

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	☒		☒							

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
 1981 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

La documentación de los usuarios se encuentra acorde a su edad, no se cuenta aún con el boletín de notas de edad.

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

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

A la fecha los dos usuarios cuentan con la dotación correspondiente y en buen estado para su uso.

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

La carpeta de la madre sustituta se encuentra debidamente actualizada y en orden, así mismo se evidencia que cuenta con los debidos soportes requeridos

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios	Sin humedad PISOS seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Despensa	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Comedor	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sala	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lavandería	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dormitorios	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Baños	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

A la Fecha la unidad de servicios se encuentra en optimas condiciones para la prestación del servicio

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

sin compromisos y/o hallazgos a la Fecha

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



PROCESO PROTECCIÓN
FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F 14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias.
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Karen Yessenia Alvarez C	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Firma de la persona que realiza la visita Karen Yessenia Alvarez	Firma de la persona que recibe la visita Miguel Plutarco E.
CC. 1004442110 TP. 1004442110	CC. 26471.705
Celular: 3138249598	Celular: 3118337233
Correo electrónico: trabajoactual.garten@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.

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 2013

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☒	Tutor ☐
-----------------	---	--	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yo te cuido</u>	Dirección <u>Cll 7N 2E -03 B/santa clara</u>	Teléfono <u>- 0 -</u>
---	---	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Laura Fernández</u>	CC. <u>1077873295</u>	Celular <u>3222336509</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>30/01/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Karen Yessenia Alvarez</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social yo te cuido</u>
-----------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Suarez	Andrade	Oneida
Identificación: 55066773			
Dirección: C/1 2N 3-38		Tel. Fijo: — 0 —	Celular: 3106881504
Barrio: La Jagua		Correo electrónico: suarezoneida1981@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	Jacobo Noe yaquino S.	10/04/20	R.C 1082161 7227	2334 7227	09/02/24	Comisaría de familia del Pital
2	Poola Tatiana Beltron Devia	25/03/13	112900 6158	2334 7280	19/02/21	Defensoría 3 de familia 02 Gerzón
3	Andres Felipe Boregan Pelomino	21/11/03	107553 4351	2330 3911	24/12/22	Defensoría 2 de familia 02 Gerzón
4						

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14 MO4.P

27/07/2021

**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

Versión 1

Página 3 de 9

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Jacobo por su salud y etapa de desarrollo no se encuentra escolarizado, esta es vinculada en educación especial HCB donde realiza su formación en primera infancia. Andres Felipe no se encuentra estudiando, lo cual esta a la espera para su formación tecnologica para iniciar en el sena segun fecha.

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

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 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Paula por su condición de discapacidad no realiza prácticas de autocuidado y protección, sin embargo estas las realiza la madre sustituta para su protección y cuidado.

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	☒		☒		☒					

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

La documentación se encuentra al día y organizada. las gestiones se evidencian al día y oportunas.

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)

la dotación se evidencia al día y acorde a las necesidades de los usuarios.

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

A la hora de la visita, la madre, sustituta tiene disposición en recibirla, por otro lado los usuarios se encuentran en buenas condiciones de presentación y aseo. Realizan actividades acordes a su edad y a las rutinas de su día.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

	En óptimo estado de aseo	Sin grietas	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios	Sin humedad pisos	seguros, no resbalos de, etc.	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

Las condiciones habitacionales se encuentran
sabon aseo y higiénicas, con espacios adecuados
para el espacamiento, protección y aseo.

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

A la fecha no se encontraron compromisos
y/o hallazgos.

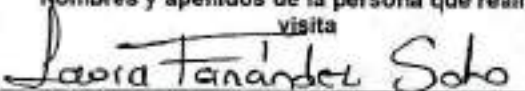
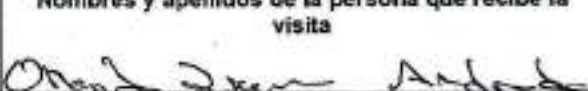
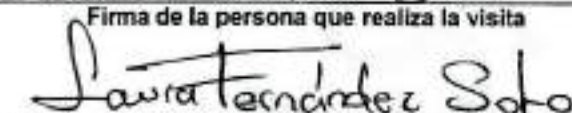
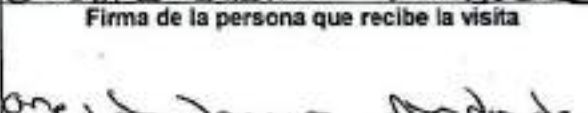
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

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

Actividades desarrolladas en la visita:	
☒	Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒	Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
☒	Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☐	Diálogo con miembros de la familia.
☐	Diálogo con vecinos, instituciones, otros
☒	Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita: (Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)	
☒	Condiciones satisfactorias
☐	Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐	Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐	Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita 	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita 
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1077823295 TP. 49884	CC. 05060223
Celular: 3222386509	Celular: 3166281504
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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹	F14 MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28 02 2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☒	Tutor ☐
-----------------	---	--	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Garzon

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social Yo Te Cuido	CEL 7 N 2-03 B/Santa Clara	- 0 -

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Karen Pareda Alvarez	1004442110	313 8249598

Ultima visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
29 03 2025	Karen Pareda Alvarez	Fundación Social Yo Te Cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Quevedo	Quevedo	Stefanny
Identificación: 1.077.862.610			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
A casa 12			
Barrio:		Correo electrónico:	
Villa Carol		stefannyquevedo@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

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Alexis Cardona Calderon	23/02/09	1.117.234 432	2367 2141	16/03/25	Defensoría de Familia Garzon
2	Brayan Steven Rodriguez Garcia	08/10/12	1.117.133 825	2335 1339	21/02/25	Comisaria de Familia Suaza
3						
4						

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

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14 M04 P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

A la fecha los dos adolescentes cuentan
con la garantía de sus derechos

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

El adolescente Alexis Cordona Calderon
no cuenta con encuentros biológicos en
razón que se encuentra declarado en
adoptabilidad.

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	☒		☒							

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1551 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

Se logra evidenciar que la carpeta de los dos usuarios se encuentran al día con la documentación correspondiente

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)

A la Fecha Alexis no cuenta con su dotación escolar, en razón que se logra su vinculación al sistema educativo el día 26 de Febrero.

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	En proceso
Certificación primeros auxilios		X	En proceso
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

La madre sustituta se encuentra realizando los cursos de primeros auxilios y manipulación de alimentos, por lo cual se está a la espera de la certificación.

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	Sin humedad pisos	seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Despensa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Comedor	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sala	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lavandería	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dormitorios	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Baños	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

Se logra evidenciar optimas condiciones de aseo e higiene en la Unidad de Servicios a la hora de la visita.

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

- Se le recomienda a la madre sustituta realizar los tramites correspondientes a las atenciones por psicología de la EPS en favor del adolescente Brayan Rodríguez García.
- Se le recomienda a la madre sustituta realizar los debidos tramites en lo relacionado al Certificado de estudio del adolescente Alexis Cardona Calderon.

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

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

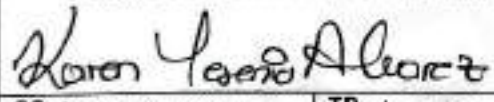
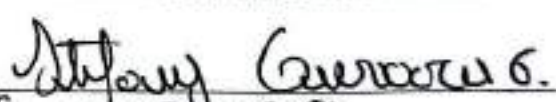
Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Karen Yessenia Alvarez Cordero	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Steffany Guerra
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1004442110 TP. 1004442110	CC. 1027862619
Celular: 313 8249598	Celular: 3228122465
Correo electrónico: trabujosocial.garzon@gmail.com	Correo electrónico: stefanyguerra@notmail.com

Notas:

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

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

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

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/07/2021

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social go te cuido</u>	Dirección <u>cll 7N 2E - 03 B/santa clara</u>	Teléfono <u>- 0 -</u>
---	--	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Karen Jesenia</u>	CC. <u>1004442110</u>	Celular <u>3138249598</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>30/01/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Laura Fernández S.</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social go te cuido</u>
-----------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Galindo		Uianey
Identificación: 1122722966			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
CIV 4AN8A - 60		— 0 —	3209337858
Barrio:		Correo electrónico:	
La Jagua		Pelucalulu1982@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	Jesús Daniel Valencia Sacconbas	25/10/16	T.I 1082130 980	23340 273	18/01/24	Defensoría 1 Garzón
2	Leonor Gutierrez Mendoza	30/03/12	T.I 1077236 990	17637 7024	21/06/24	Defensoría 4 Páclito
3	Laura Sofía Sánchez Gómez	06/01/17	T.I 1145735 310	2335 348	25/11/24	Defensoría 3 Garzón
4	Helga Exodolope Arigí Gómez	05/03/19	R.C 1077880 966	2335 1488	25/11/24	Defensoría 3 Garzón

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

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Jesús por su condición de discapacidad no se encuentra escolarizado. Por otro lado se evidencia que las gestiones en la garantía de los derechos están al día.

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ SI ☒ NO	☒ SI ☒ NO	☒ SI ☒ NO	☒ SI ☒ NO	☒ SI ☒ NO
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ SI ☒ NO	☒ SI ☒ NO	☒ SI ☒ NO	☒ SI ☒ NO	☒ SI ☒ NO

Descripción general de lo encontrado:

Jesús por su condición de discapacidad no realiza prácticas de autocuidado y protección. Sin embargo la madre sustituta realiza estas en favor a su cuidado y protección.

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	☒		☒		☒		☒			

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

Jesús por su condición de discapacidad no se encuentra escolarizando por ende no cuenta con boletines.

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 día y en buen estado de uso. Jesús no cuenta con dotación escolar, pero sí ludoteca según su condición.

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.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

En la visita la madre sustituta recibe la misma de forma copial, menciona que ha realizado todas las acciones pertinentes para garantizar la garantía de sus derechos. Las usuarias y usuarios se evidencian en buenas condiciones de presentación y aseo realizando sus actividades diarias.

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	Sin humedad pisos	seguros, no resbalos, sin os, sin	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

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

Las condiciones de aseo y higiene son oportunas y optimas, gozan de buenas espacios para la prestación del servicio.

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

No se encontraron compromisos a la fecha.

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

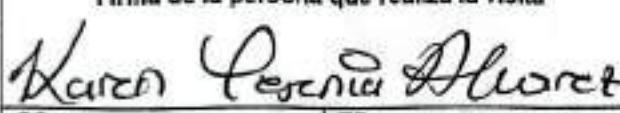
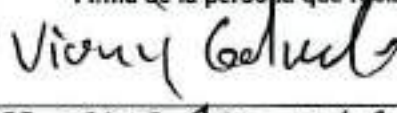
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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

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

<p align="center">Actividades desarrolladas en la visita:</p> <p>☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.</p> <p>☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.</p> <p>☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.</p> <p>☐ Diálogo con miembros de la familia.</p> <p>☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros.</p> <p>☒ Observación a vivienda, dotación, otros.</p>
--

<p align="center">Resultados de la Visita:</p> <p align="center">(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)</p> <p>☒ Condiciones satisfactorias.</p> <p>☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.</p>
--

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Karen Perdomo Alvarez	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Vionny Gálvez
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 100444210 TP. 100444210	CC. 77272466
Celular: 313 8249598	Celular: 3209337858
Correo electrónico: trahyosocial.garzon@gmail.com	Correo electrónico: peluculu1982@gmail.com

Notas:

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

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

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

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

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 10/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
--------------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal La Plata
Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	CC 1081397052	Celular 3147988239
--	------------------	-----------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 14/01/2025	Enika Katherine Rodriguez	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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 11

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	CHIMBACO	MARIN	MIREYA
Identificación: 36.383.845			
Dirección: Calle 5 A Sur N° 17-24		Tel. Fijo No tiene	Celular 314-4829482
Barrio: Nuevo Horizonte		Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

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

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	JUAN CARLOS PAZ QUILINDO	17/02/2013	T.J 1081415451	23434646	28/02/2023	SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ALVAREZ
2	LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO	8/06/2011	T.J 1081412013	23438091	21/07/2023	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
3	NELLY COMUENDO	12-09-2010	T.J 1.026.578.853	33440445	8/10/2014	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA

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

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 11

	MORALES					PRIMERA
4	☒	☒	☒	☒	☒	☒
5	☒	☒	☒	☒	☒	☒

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 11

Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No

Descripción general de lo encontrado:

Nelly: No está vinculada al sistema educativo ya que la mamá no es de nacionalidad colombiana y se adelantan las gestiones por parte de la gerencia de bienestar y la defensoría para dar cumplimiento y garantía del derecho a nelly.

Luis y Juan Carlos = hijos de la mamá (la M) refiere que después de los cambios de ánimo de ambos con una discusión que cumplen con normal, reglas y pautas del hogar sustituto.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



PROCESO PROTECCIÓN
FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 11

	1	2	3	4	5
Mantiene 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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considere 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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 11

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO

Descripción general de lo encontrado:

Netty: Rubo curtosch el 13 de enero con un buen diagnóstico nutricional, tratamiento de odontología determinado por el psicólogo el 21 de enero tiene seguimiento en 3 meses, Luis: odontología el día tiene control 20 de mayo del 2021, Priscilla pendiente por asignar. Juan Carlos seguimiento por psicólogo para el mes de febrero pendiente asignación de tutor control por psicólogo en abril del 2021, Patricia de terapia ocupacional.

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					

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 1351 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 11

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:

la carpeta de la unidad debidamente organizada y con la documentación de cada uno de acuerdo a las necesidades de cada una
Se revisa la labor de la MS

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					

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 11

Los documentos cuentan con su detección al día.
Nelly no tiene detección sobre datos que con no
este vinculando al sistema electrónico, se están
actualizando las gestiones para garantizar el derecho.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La M cuenta con documentación al día, actualizo
documentos missing de rutina.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 11

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 orfetas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La calidad de servicio en completo orden y aseo se encuentra.

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 1681 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 10 de
11

COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros).

Sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

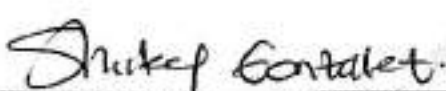
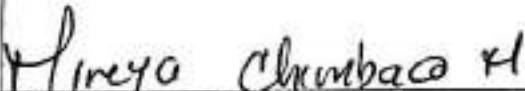
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1561 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 11 de 11

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		MIREYA CHIMBACO MARIN	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
			
CC. 1081397052	TP. 172058	CC. 36.393.845	
Celular: 3147988239		Celular: 314 3030166	
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: M.Chimbaco@gmail.com	

La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1681 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL .USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Juan Carlos Cuentas con su dotación de aseo el día.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Juan Carlos Paz

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Lorena Alumbaco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shuleen Gonzalez

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Luna cancela con su detección el día

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Luisa Paz

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Mireya Chumbaco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gontulet

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Nelly Guerra con su chivetera de casa al lado.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Nelly Guerra Morales

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: María Chumbac

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gantrel

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	10/02/2025		CENTRO ZONAL	La Plata	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Mireya Chimbaco					
	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		01	000207648	12/02/25.

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		La Bienestarina en condiciones de uso adecuado y almacenamiento.

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:	
Continuar con el uso de la bienestarina en las diferentes preparaciones.	
FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Mireya Chimbaco	Shirley Gonzalez



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: Mirreya Chimbaco

Dirección: Calle 5A # 17-24.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	Y	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	Y	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	Y	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	Y	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	Y	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	Y	
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.	Y	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	Y	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	+	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tomillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Shirley González Arce	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Shirley González	
CC. 10834752	TP. 172058
Celular: 3147988139	
Correo electrónico:	

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 13-02-2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☐	Discapacidad ☐	Tutor ☐
--------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional: HUILA

Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Dirección CALLE 13 # 5E - 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	Teléfono 3124564343
---	---	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos CRISTIAN CAMILO ARIAS	CC. 1010242019	Celular 3112431071
--	-----------------------	---------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>29-01-2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Erica Katherine P.</u>	Entidad que realizó la visita <u>ICBF.</u>
-----------------------------------	---	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de Imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	Primer apellido VALENCIA	Segundo Apellido LOSADA	Nombres ANA MILENA
	Identificación: 55.131.290		
Dirección: 10E N° 11-03		Tel. Fijo	Celular 3132626213
Barrio: VILLA DEL CAMBIS		Correo electrónico: amvalencial@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ☐	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	1/06/2012	T.I 1145827589	23437299	02/01/2025	COMISARIA LA PLATA/NATALIA LOZANO
2	FRANKLIN SMITH BORJA	09-10-2024	RC 1145833595	23438640	02/01/2025	DEFENSORIA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
3	KELLY JHOANA FERNANDEZ PENA	9-07-2014	T.I 1080265163	SIN INFORMACION	24-01-2025	COMISARIA DE FAMILIA LA ARGENTINA ALEXIS NIKOLAI PATIÑO

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

4							
5							

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

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.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

- Leidy: tuvo atención psiquiátrica 12-02-2025, terapia de rehabilitación 15-01-2025 y 5-2-2025, el 12-02-2025 avanzaron 12 sesiones de estas, estar a la espera de la 1ª fecha. Tiene control de psiquiatría en 2 meses, debe llevar Boletín y atenciones de terapia de rehabilitación.
- Franklin: tuvo pediatría 31-01-2025 tiene control el 28-02-2025, tiene pendiente. Gastroenterología: 26-02-2025, llevar resultados del oftalmólogo Pediatra, Tiene Neurología: 27-02-2025, endocrinología 27-02-2025, Nefrólogo 14-02-2025, Fisiología 19-02-2025.
- Kelly Gladys: No cuenta con atenciones en Salud porque no tiene todavía portabilidad, se encontraba en Casalub Esp, tiene pendiente dotación Kit escolar, por parte del la Fundación.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario o interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☐ Si ☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☐ Si ☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☐ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☐ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Jesdy: está inscrita en currante como actividad extracurricular, fracción de bido a la edad no participa en actividades extracurriculares, no expresa ideas y opiniones, no realiza prácticas de autocuidado y autoprotección, Jesdy debido a que se encuentra en aceptabilidad no recibe encuentros biológicos, Fracción recibe encuentros biológicos cada 8 días →

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambientalCualquier 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 1501 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 10

Kelly reunión video (llamada) solamente 1 vez cuando se encontraba en Ecuador, en febrero reunión encuentro con los propietarios

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:

Los carpetas de los usuarios se encuentran debidamente archivadas, organizadas, legajadas y actualizadas a la fecha. Franklin debido a la edad no asiste al área educativa, los cuadernos se encuentran actualizados y debidamente diligenciados.

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					

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

La dotación de los usuarios se encuentra debidamente organizada, en óptimas condiciones de uso y uso personal. Franklin debido a la edad no asiste al ámbito educativo, las usuarias Lady y Kelly organizan la dotación, la Madre Sustituta orienta y fortalece el cuidado de los elementos de uso personal.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la Madre Sustituta se encuentra organizada, archivada y actualizada a la fecha de la visita.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

La unidad de Servicio se encuentra organizada, en óptimas condiciones de higiene y asepsia, garantiza el esparcimiento de los usuarios. La cocina y alacena cuentan con alimentos en buenas condiciones de consumo. Al momento de la visita se encuentran los usuarios y se observan en buena presentación personal.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

→ No se dejan hallazgos.

Se recomienda a la Ma. Continúa garantizando las atenciones y procesos que requieren los usuarios, dar a conocer a las autoridades Administrativas y operativas, cualquier evaluación que se presente en la unidad de Servicio.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☒ Diálogo con miembros de la familia.
- ☒ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☒ Observación a vivienda, dotación, otros

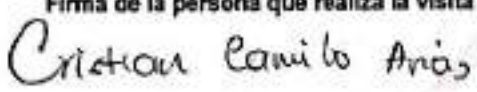
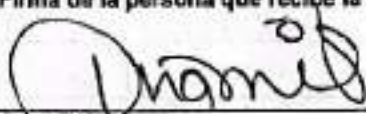
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

<p align="center">Resultados de la Visita:</p> <p align="center">(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)</p> <p>☒ Condiciones satisfactorias</p> <p>☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.</p>	
---	--

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita ANA MILENA VALENCIA LOSADA	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1010242019	TP. 1010242019	CC. 29.122.846	
Celular: 3112431071		Celular: 3132626213	
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: amvalencial@hotmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

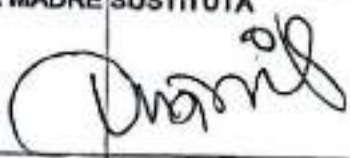
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	13-02-2025.	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Ana Milena Valencia.			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
			LOTE
			FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?		X	La madre sustituta no cuenta con Bienestarina.
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
		<p>Christian Camilo Arias</p>	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



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: Ana Milena Valencia

Dirección: IOE # 71-03 Villa del Bambú

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	



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.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	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.	✓	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda cuenta con escaleras, balcones por ende no requiere para mano.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Airo	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Airo	
CC. 101042019	TP. 101042019
Celular: 311 2431071.	
Correo electrónico:	

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN: PSYTO-0004- 01/04/2022		
		FECHA DE APROBACIÓN: 01/04/2022		
FECHA: 13-02-2025				
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Ana Milena Valencia				
CENTRO ZONAL: 401 Puata				
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Christian Cosmillo Pineda				
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 realizó la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó 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 jóvenes durante la visita?			X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?			X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?			X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?			X	
Observaciones de la Madre Sustituta:				
				
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA				

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
La usuaria cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Kelly Johana

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Diana

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 3

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	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
La usuario cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firmo.
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Diana
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristina Camila Irujo

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL</p> <p>YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
ELEMENTO	PERSONAL	
	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	x	
Bloqueador solar	x	
Champú	x	
Crema dental	x	
Papel Higiénico	x	
Gel Antibacterial	x	
Cepillo y betún para zapatos	x	

OBSERVACION GENERAL
La usuaria cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Ledy Johanna Gersa

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Unani

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Ariza

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 11/02/25.

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
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N.5 E 34 VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	10814397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
<u>02/12/24</u> <u>15/01/25.</u>	<u>Christian Camilo Arcoy</u>	<u>Fundación Social Yo te cuido.</u>

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido NIETO	Segundo Apellido COTACIO	Nombres FRANCY YORLAY
	Identificación: 25.464.874		
Dirección: Cl 19a # 1a-36E		Tel. Fijo NO REPORTA	Celular 3222689309
Barrio: CIUDADELA SAN MIGUEL		Correo electrónico: Francynieto56@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	YOHAN SEBASTIAN JOJOA PALENCIA	22/06/2014	1080187857	232113219	17/11/2022	SEGUNDA/YARI MILENA RUIZ
2	CRISTHIAN DAVID ACOSTA CERON	26/06/2007	T.I 1117971444	18033615	9/02/2024	SEPTIMA/ANYELA CABRERA
3	JHON FREDY ALEXANDER ABELLA CHAUX	2/10/2009	T.I 1.007.232.302	232111211	10-05- 2024	SEPTIMA/ANYELA CABRERA

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

4	JEIMMY ADELAY PAJA CAMAYO	3/07/2024	R.C 1081428635	1764302878	27-09-2024	DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA/ALONSO MARTINEZ
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Goza de un buen estado nutricional.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Cuenta con el respectivo documento de identidad.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Recibe atención psicosocial.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐

Descripción general de lo encontrado:

los usuarios de la ciudad están en buenas y confortables condiciones, cada uno tiene su espacio personal, labor = tiene atenciones en salud al día, odontológica por el 12 de febrero, le dieron aleuter por Angerichia. Guitán = atenciones en salud al día, control del joven por el 15 de febrero. Debido al cambio de EPS debe iniciar en 10 atenciones aleuter cero.

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 ☐

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Mantene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Cristian, Jhon y Jhon Freddy no cuentan con encuentros biológicos porque están en proceso de adaptación al nuevo entorno sustituto han acompañado muy bien. Jhon Freddy = cuenta con atenciones al día. Jemmy = con atenciones en salud al día.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 10

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			
Carta 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 carpeta de cada usuario obedece a la organización y control con la documentación según las necesidades del usuario.

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			

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los cuartos cuentan con la dotación de
cableado en sus espacios personales y con un
buen 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		
Carta 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:

Carpeta de la MS al día, certificados médicos inferiores a un año, antecedentes judiciales al día.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

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:

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

Unidad de Servicio evidentemente creada y organizada, con alimentos suficientes para los (Hermanos o los jóvenes).

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

→ sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

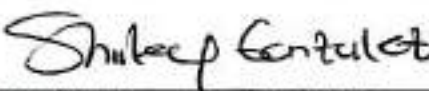
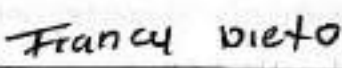
- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría).

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		FRANCY YORLAY NIETO COTACIO	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
			
CC. 1081397052	TP 172058	CC. 25.464.874 DE INZA - CAUCA	
Celular: 3147988239		Celular: 3222689309	
Correo electrónico: HSPICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: francynieto56@hotmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considere como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSEF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Señalando con satisfacción y el buen uso de la misma.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Francy Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley González

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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
<p>bhan cuenta con la dotación y buen uso de la misma.</p>

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Cristhian Acosta

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Trancy Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gentile

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Johan Fredy Cuentera en s. de acuerdo y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Johan Fredy Abella

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Francy Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Santalob

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Cristian cuenta en su detección y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Johan Sebastian

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Francy Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gantulet

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	11/02/2025.		CENTRO ZONAL	La Plater.	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Francy Nieto					
	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	/	/	/

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	/	/	/

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:	
FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Francy Nieto	Shirley Gantalek

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



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: Francely Valdez Nieto

Dirección: Cl 12a # 1a-36E

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Shirkeef Gonzalez

Firma de la persona que realiza la verificación

Shirkeef Gonzalez

cc. 11081342031

TP. 191038

Celular: 347988239

Correo electrónico:

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSION 1 PSYTC-0035- 01/06/2002 FECHA DE APROBACION: 01/06/2002		
FECHA: <u>11/02/25</u>				
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: <u>Francy Nieto</u>				
CENTRO ZONAL: <u>La Piedad</u>				
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: <u>Shirley Santelme</u>				
OPINION 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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			
	X			
OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)			SI	NO
5. ¿El profesional socializó 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 jóvenes durante la visita?			X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?			X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?			X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?			X	
Observaciones de la Madre Sustituta:				
<u>Francy Nieto</u> FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA				

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 11/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☐	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional: HUILA

Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Dirección CALLE 13 # 5E – 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	Teléfono 3124564343
--	--	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos SHIRLEY GONZALEZ	CC. 1081397052	Celular 3147988239
---	-------------------	-----------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 21/01/2025	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita Enka Katherine Rodriguez	Entidad que realizó la visita 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 considere 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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN		F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR		Versión 1	Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido DORADO	Segundo Apellido QUIJAN	Nombres MARISANDA
	Identificación: 36.380.700		
Dirección: Calle 3 Sur # 7-13		Tel. Fijo	Celular 3112035880
Barrio: CAMILO TORRES		Correo electrónico: marisandadorado@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	ADAN LAVAO RIVERA	5-10-2014	T.I 1077241418	23433836	02/01/2025	DEFENSORIA SEGUNDA DE FAMILIA/VELIANA ALVAREZ
2	JUAN JOSE PAI EMBUS	23-05-2007	T.I 1117784940	23440824	26/12/2024	DEFENSORIA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
3	SEBASTIAN NOGUERA MOSQUERA		T.I 1081405938	SIN INFORMACION	10/02/2025	DEFENSORIA PRIMERA ALONSO MARTINEZ

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN		F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR		Versión 1	Página 3 de 10

4	WILLINGTON NAMUNDIA GUAGUARAVE	06/07/2009	T.I 1086635354	SIN INFORMACION	04/02/2025	DEFENSORIA SEGUNDA DE FAMILIA/ELIANA ALVAREZ
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

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 KCBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Adon: El usuario está hospitalizado en la clínica Médica de Girardot Tolima, la madre sustituta manifiesta que nuestro bien, como bien y habla con el mediante video llamada. Jon Jese cuenta con atenciones en salud al día, por el día 12 de febrero lo atienden en Psicología clínica, odontología, actualmente asiste a educación, respecto a la vinculación educativa desde la defensoría se adelanta el trámite para vinculación a institución de bachillerato acelerado y cumple con la meta de graduarse como bachiller y de esta forma se vincula al ejército como lo ha manifestado el usuario. Sebastian: usuario al cual es derivado de un grupo armado por tanto se requieren acciones para el reintegro familiar por parte de la defensoría.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
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

Descripción general de lo encontrado:

Willington: Usarra que se unió a la medida de protección el día 2 de febrero y el coord también se encuentra en proceso de reintegro familiar por parte del defensor, por tanto los dos últimos casos no se han autolimitado attention en sueld. Willington no está afiliado al sistema de salud.

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 ISF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

La MS esta a la espera de lo que diga la defensa para de esta forma poder garantizar la garantía de los derechos de los menores.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X		X			
Acta de colocación	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X			
Valoración Médica	X		X		X		X			
Fórmulas Médicas	X		X		X		X			
	X		X							
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:

Caillington y Sebastian recién llegados a la ciudad no se han adelantado trámites de atención en salud ya que se está a la espera del resultado de los exámenes, de igual forma se le pide a la MS adelantar una valoración al sistema de

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSE Y A LA LEY 1561 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

Willington para que quede con este tramite adelantado
ya que este servicio es vital para el usuario.

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)

Adn. con su dotación al día. Aunque no se le ha
dado la dotación exacta que fue con su ingreso a una
institución educativa, Willington y Sebastian se les soltó
la dotación inicial, se está a la espera de este.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la	X		

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

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 si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la MS organizada y con la documentación organizada.

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
Dispensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

la ciudad de servicio en excelente orden, todos los habitáculos organizados, los cuartos con sus cosas organizadas, alimentos necesarios para la alimentación de la familia.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

→ sin hallazgos.

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 10 de 10

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☐ Diálogo con miembros de la familia.
☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros.
☐ Observación a vivienda, dotación, otros.
- ☒ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita MARISANDA DORADO QUIJAN	
Firma de la persona que realiza la visita <i>Shirley Gonzalez</i>		Firma de la persona que recibe la visita <i>Sanda Dorado.</i>	
CC. 1081397052 TP. 172058		CC. 36.380.700	
Celular: 3147988239		Celular: 3112035880	
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: marisandadorado@gmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

Antes de Imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Donde tiene su dotación al día

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Juan Jose Páez Embus

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley González

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar		No usa.
Desodorante	X	
Toallas higiénicas		X
Peinilla o cepillo		No usa.
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Williamson tiene la dotación al día y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Wilinton Vamundia

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Sanda Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shulee 6

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
La madre sustituta entregó en el hospital un kit de aseo completo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Ornela G

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar		
Desodorante	X	
Toallas higiénicas		X
Peinilla o cepillo		X
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	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

Sebastian cuenta con la dotación y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: sebastian noguera rosquero

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shuleef 6

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	11/02/2025		CENTRO ZONAL	La Plantel.	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Maricela Dorado					
	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	/	/	/

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?		X	/
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
La unidad por el momento de la visita no cuenta con este alimento.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Sandra Dorado.		Shirley Gontiellet	



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN 1 (FOTC-005- 01/05/2012)

FECHA DE APROBACIÓN: 01/05/2012

FECHA:	11/02/2015			
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA:	Monsueta Dorado.			
CENTRO ZONAL:	La Piedad.			
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:	Shirley Cantulez			
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 realizó la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			
	X			
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)			SI	NO
5. ¿El profesional socializó 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 jóvenes 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, solicitó permiso?			X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?			X	
Observaciones de la Madre Sustituta:				
Sandra Dorado.				
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA				



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: Mariuxinke Doracab

Dirección: Cl 3 Sur # 7-13

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Shuleef Cantalete

Firma de la persona que realiza la verificación

Shuleef Cantalete

CC. 100134452

TP. 17108

Celular: 314748239

Correo electrónico:

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 13-02-2025

Hogar Sustituto	Vulneración	Discapacidad	Tutor

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar

Regional Huila _____ Centro Zonal la plata _____

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Calle 12 # 5E – 34 VILLA DEL PRADO	31224564343
------------------------------	------------------------------------	-------------

Profesional que realiza el seguimiento:

NOMBRES Y APELLIDOS CRISTIAN CAMILO ARIAS	CC 1010242019	CELULAR 3112431071
--	------------------	-----------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>8-01-2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Shirley Gonzalez</u>	Entidad que realizó la visita <u>Yo te cuido</u>
----------------------------------	--	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable	Solórzano	Cardozo	Olga Beatriz
-------------	-----------	---------	--------------

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

del Hogar	Identificación: cc 36381368		
Dirección: Carrera 4 # 2ª - 99 SUR		Tel. Fijo No tiene	Celular 3115996113
Barrio: San Rafael		Correo electrónico: olgasolorzano0512@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	MARIANA ACENET ACOSTA GUTIERREZ	21-04-2010	T.I 1145825663	23439371	01-05-2024	DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA- LA PLATA
2	YORLAN DAVID SANCHEZ HERNANDEZ	14/01/2022	R.C 1081427260	234400237	6/09/2024	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
3	NORBY VANESA SANCHEZ HERNANDEZ	4/03/2020	R.C 1080267926	23440239	6/09/2024	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
4	MARIA ISABELA SANCHEZ HERNANDEZ	17/07/2014	T.I	23440240	6/09/2024	ALONSO MARTINEZ /

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 3 de 10

			1081418084			DEFENSORIA PRIMERA
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.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICDF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Recibe atención psicosocial.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
------------------------------	--	--	--	--	--

Descripción general de lo encontrado:

- **Mariana:** Ha estado juiciosa en la unidad de juicio, realiza tareas, colabora a la MS en los quehaceres de la vivienda, ha presentado buen estado de salud, está en espera de reintegro al medio familiar.
- **Urián:** Desde la segunda visita en evento Biológico no controla esfinteres, desde dos días antes de la visita no ha urinado ni orinado en la ropa, el 3 de febrero ingresa al hogar comunitario Los Pinos.
- **Norby:** Es juiciosa, tanto en la unidad como en la escuela, se le dificulta recordar, ingresa el 22 de enero a Pre escolar.
- **Maria Isabella:** Es muy tímida, juiciosa, intravertida, la MS fortalece el diálogo y comunicación, la usará como apoyo a la unidad con el fin de acompañar y socializar con los hermanos.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
corto, mediano y largo plazo.					
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐

Descripción general de lo encontrado:

- Mariana cuenta con acompañamiento en encuentros biológicos, se encuentra participando en Cultivarte y Danzas.
- Yordan y Noré debido a la edad no participan de actividades extracurriculares, cuentan con las respectivas orientaciones.
- Los tres hermanos Sánchez cuentan con acompañamiento en encuentros biológicos, María Isabella está en proceso de matricularse en Cultivarte.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legalada	X		X		X		X			
Acta de colocación	X		X		X		X			

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X			
Valoración Médica	X		X		X		X			
Fórmulas Médicas	X		X		X		X			
Carné de Salud	X		X		X		X			
Citas Médicas	X		X		X		X			
Registro Civil	X		X		X		X			
Documento de Identidad	X		X		X		X			
Boletines Escolares - del periodo actual cursado	X			X		X	X			
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	X		X		X		X			

Observaciones:

Los copetes de los usuarios se encuentran debidamente archivados y organizados. Norby y Yorbis no cuentan con boletín debido a que en el 2024 estaban en hogar comunitario. • Maria terapeuta ocupacional 24-01-2025, 9-01-2025 Psiquiatra. • Yorbis ha tiene portabilidad en Nueva EPS, se firmaron odontólogo esta en trámite de pediatría por la demora de portabilidad. • Norby odontólogo termino en enero, • Maria terapeuta en trámite de seguimiento por psicología.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar	X		X		X		X			
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación).

Los usuarios cuentan con la respectiva dotación en optimas condiciones de uso y aseo. Se encuentra al momento de la-

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

visita Norbay, se evidencian en optimas condiciones de presentación personal. los demás usuarios, se encuentran en el Hogar, colegio y colegio.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la Madre Sustituta se encuentra debidamente archivada, organizada y actualizada a la fecha.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La unidad de servicio se encuentra en condiciones de higiene, asepsia y habitabilidad. La Ma buena espacio adecuado para el desarrollo de los niños, se encuentran alimentos en la nevera debidamente rotulados y en la alacena se encuentran en buenas condiciones de consumo.

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 1501 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros).

→ No se agan hallazgos.

Se recomienda a la Madre sustituta continuar garantizando de acuerdo a los procesos de cada uno los procesos que requiera. Cada usuario, de igual manera dar a conocer al operador y autoridades Administrativas cualquier novedad que se presente en la Unidad de Servicio.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☒ Diálogo con miembros de la familia.
- ☒ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☒ Observación a vivienda, dotación, otros

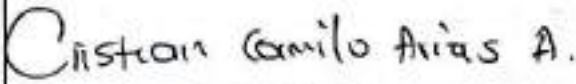
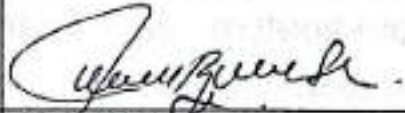
Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita OLGA BEATRIZ SOLORZANO	
			
CC.101010242019	TP. 1010242019	CC. 36.381.366	
Celular: 3112431071		Celular: 3115995113	
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: Masanchez09@misena.edu.co	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

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



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Olga Bertriz

Dirección: Calle 11 # 20 93 Sur B/ San Rafael.

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda no cuenta con escaleras, balcones y por ende no requiere dichas características. Los demás espacios se encuentran en óptimas condiciones.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Arias Arias.	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Arias	
CC. 101024209	TP. 101024209
Celular: 312221071	
Correo electrónico:	

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL</p> <p>YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 3

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	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
El usuario cuenta con toda la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Ariza

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	✓	
Cepillo dental	✓	
Ceda dental	✓	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	✓	
Toallas higiénicas	✓	
Peinilla o cepillo	✓	
Tapabocas dos unidades por cada niño	✓	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	✓	
Bloqueador solar	✓	
Champú	✓	
Crema dental	✓	
Papel Higiénico	✓	
Gel Antibacterial	✓	
Cepillo y betún para zapatos	✓	

OBSERVACION GENERAL

La oficina cuenta con toda la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	✓	
Cepillo dental	✓	
Ceda dental	✓	
Peinilla o cepillo	✓	
Tapabocas dos unidades por cada niño	✓	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	✓	
Bloqueador solar	✓	
Champú	✓	
Crema dental	✓	
Papel Higiénico	✓	
Gel Antibacterial	✓	
Cepillo y betún para zapatos	✓	

OBSERVACION GENERAL

La usuaria cuenta con toda la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

La ussonia cuenta con toda la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Lyli Beatrice Soldner C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Ariza

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

FUNDACIÓN SOCIAL  YO TE CUIDO	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	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	13-02-2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Olga Beatriz.			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1
			LOTE
			00207648.
			FECHA DE VENCIMIENTO
			22-02-2025

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se encuentra debidamente almacenada
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Se recomienda a la madre sustituta continuar almacenando debidamente la Bienestarina.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL		
Olga B. Soldano C.	Cristian Camilo Arias		

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
 NIT: 901496702-9
 Cel. 3206193497



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSION 1 FEBRERO 2020 - P.002022

FICHA DE APROBACION: 01/02/2022

FECHA: 13/02/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Olga Beatriz Goleiziano

CENTRO ZONAL: LA PATA

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Castro, Camilo Aias

OPINION 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 realizó la visita?		X		
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X		
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?		X		

OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

	SI	NO
5. ¿El profesional socializó 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 jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Se claró la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional se desplazaba por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Agradecemos por acompañarnos en el proceso de
Atención y Seguimiento a todos los niños

FORMA DE LA MADRE SUSTITUTA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 18-02-2025.

Hogar Sustituto	Vulneración	☐	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila _____ Centro Zonal La plata _____

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N° 5 E 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	3107865661
------------------------------	---	------------

Profesional que realiza el seguimiento:

CRISTIAN CAMILO ARIAS	CC 1010242019	3112431071
-----------------------	---------------	------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>9-02-2025</u>	<u>Shirley Gonzalez</u>	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
----------------------------------	-------------------------	------------------------------

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSE Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	SERRATO	VARGAS	ROSALBA
	Identificación: 36376687		
Dirección: Carrera 4 8-52		Tel. Fijo No tiene	Celular 3222408941
Barrio: San Rafael		Correo electrónico: rosalbaserrato421@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que la adoptó medida
1	JUAN CARLOS RAMÍREZ MUÑOZ	4/09/1982	12282240	23404106	7/10/2019	DEFENSORÍA SEGUNDA
2	DENCY CARINACUNACUE YUGUE	25-03-2020	R.C. 1081618593	23439254	09-04-2024	ALONSO MARTINEZ PULIDO/ DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA
3	LUCIANA CUNACUE YUGUE	05-04-2018	R.C. 1081423813	1763995826	09-04-2024	ALONSO MARTINEZ PULIDO/

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!

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN		F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR		Versión 1	Página 3 de 10

						DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA
4	BRAYAN STIVEN ORTIZ GUZMAN	7-04-2008	TI 117264916	SIN INFORMACION	11/12/2024	DEFENSORIA TERCERA DE FAMILIA CRISTINA MOLINA ARTUNDUAGA
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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 4 de 10

Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:**4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:**

Juan Carlos: tuvo atención el 11-02-2025 para que le fardaran el Biperideno con una 1 cada 24 horas, requiriendo 1/2 hora, Acido Valproico 1/2 hora, Dency tiene cita el 19-02-2025 de medicina general, el 8-02-2025 tienen portabilidad en Nueva EPS, Mariana tiene atención por medicina general el 18-02-2025 en la tarde, el 8-02-2025 tienen portabilidad en Nueva EPS, Brayan tiene atención por medicina general el 16-02-2025 por la tarde.

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ 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	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
plazo.					
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO

Descripción general de lo encontrado:

* Juan Carlos: No está en contacto familiar debido al proceso de adopción, no participa en actividades extracurriculares debido a la condición de discapacidad. * Nancy: Tiene encuentros Pedagógicos, según a la edad. * Brayan: Tiene encuentros Pedagógicos, participa en actividades extracurriculares de natación. * Brayan: Tiene encuentros Pedagógicos por adelantado, está en trámite de inscripción de actividades extracurriculares en danza.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legalizada	☒		☒		☒		☒		☒	
Acta de colocación	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración/Seguimiento	☒		☒		☒		☒		☒	

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



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

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:

- Juan Carlos: Presenta buen comportamiento en la unidad, no cuenta los bolsoneros debido a la discapacidad y no participa en el área educativa, tiene buena presentación personal. • Dency: no hace caso, en algunas ocasiones, pelea con la hermana, no consume todos los alimentos, llorona! no hace caso, al colegio no trabaja no presta atención a clase y este repitiendo 1ero, no consume en gran cantidad los alimentos. Brayan: En la semana presenta una situación de conflicto con la ms, en algunas ocasiones es desordenado, capotas en orden, arrojadas y "legajadas".

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)

Los usuarios cuentan con la respectiva dotación, Juan Carlos no tiene dotación escolar debido a que no asiste al colegio debido a la discapacidad física la

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 ICSE Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

Daniel, Nancy y Juana, no ceden la custodia, son reincorporadas, Bryan ha presentado actitudes de desobediencia.

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 EPS/SBS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la Madre Sustituta se encuentra debidamente archivada, legajada y actualizada a la fecha, así mismo los redes de apoyo.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La ciudad de sercú se encuentra en óptimas condiciones de aseo, higiene y asepsia, la vivienda y alacena cuenta con alimentos en calidad y óptimas condiciones de consumo y almacenados.

--	--	--	--

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

6. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

→ No se dejan hallazgos,
 Se recomienda a la MS continuar garantizando
 las atenciones en salud y demás procesos que
 requieran los usuarios.
 Dar a conocer cualquier eventualidad que se presente
 en los usuarios ante el operador y Autoridades
 Administrativas.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☒ Diálogo con miembros de la familia.
- ☒ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☒ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

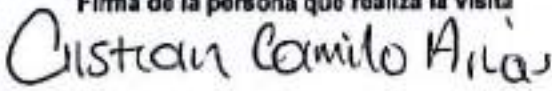
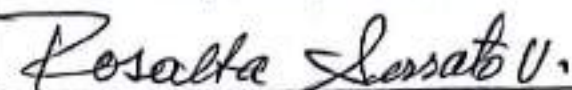
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita ROSALBA SERRATO	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC.1010242019	TP.1010242019	CC. 30378087	
Celular: 3112431071		Celular: 3222408941	
Correo electrónico: yoteculdofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: rosalsaserrato421@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 (6) 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 DEBEN TRATARSE DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18-02-2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Rosalia Serrato.			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
			LOTE
			FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1 0002091888 22-06-2025

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se encuentran debidamente almacenadas

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

Se recomienda continuar almacenando la Bienestarina en optimas condiciones.

FIRMA MADRE SUSTITUTA

Rosalia Serrato U.

NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL

Cristian Camilo Arias

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	✓	
Tapabocas dos unidades por cada niño	✓	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	✓	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	✓	
Cepillo y betún para zapatos	✓	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Brayan Stiven Ortiz
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosalia Serrato
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Comite Anís

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	✓	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	✓	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

El usuario cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por discapacidad
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosalba Sessato U.
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Arias

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

La usuaria cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:

Lysiana

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

Rosalba Serrato Vargas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Cristian Comito A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
La usuaria cuenta con la respectiva dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosalba Lasso

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
 NIT: 901496702-9
 Calle 11 N 3 -80
 Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Rosalba Serrato.

Dirección: Calle 11 N 3 -80 B/Su Rafael.

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad no presenta escombros y basuras por ende no requiere protección y pasamanos, todo se encuentra en óptimas condiciones

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Arias	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Arias	
CC. 101242019	TP. 101242019
Celular: 311242019	
Correo electrónico:	



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSION 1 FORT-2000-01/2002

FECHA DE APROBACION 01/03/2002

FECHA: 18-02-2016
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Rosalba Serrano
CENTRO ZONAL: La Plata
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristine Sambo Hino

OPINION 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 realizó la visita?		X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?		X			

OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)	SI	NO
5. El profesional se dio 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 jóvenes durante la visita?	X	
7. Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. El profesional se desplazó por la vivienda, solicitó permiso?	X	
9. El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Rosalba Serrano

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 12/02/2025.

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
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	1081397052	3147988239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
15/01/2025	Gustón Camilo Arias	Fundación Social Yo te cuido

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido CALDERON	Segundo Apellido USECHE	Nombres WILSON
Identificación: 12271864			
Dirección: Calle 19 No. 1AE - 04		Tel. Fijo NO REFIERE	Celular 3103311759 - 3154138976
Barrio: Ciudadela San Miguel		Correo electrónico: Quinterochaux@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	☒	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	MAUREN STEFANY GONZALEZ CAMPOS	02-05-2009	T.I 1059765782	23439965	08-08-2024	DEFENSORIA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
2	SHARIT TATIANA MOSQUERA TITIMBO	09-03-2019	REGISTRO CIVIL 1080267595	1764277737	6-09-2024	DEFENSORIA PRIMERA/ALONSO MARTINEZ
3	LUISA FERNANDA PARRA MEDINA	7/10/2021	REGISTRO CIVIL 1080268464	23439972	2º-08-2024	DEFENSORIA PRIEMRA/ALONSO MARTINEZ

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 10

4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 10

Descripción general de lo encontrado:

Mauren: Atenciones en salud al día. Paso por psicología el
14 de febrero (entre control en 6 meses). Odontología, retoma
tratamiento de odontología el 19 de febrero.
Luzai: atenciones en salud al día, atención por pediatría
el 18 de febrero, control de nutrición para marzo, maltrato sexual
en el hogar infantil (básico) hogar de cura de ICBF.

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 ☒

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
1591 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐

Descripción general de lo encontrado:

Shant: atenciones de salud al día, atenciones por psico-terapia para el 18 de febrero el día 18 de febrero en gaitan, psicología en EPS para el mes de marzo, cursa el grado primero en la institución educativa san antonio.

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	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐

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



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

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:

La carpeta de los usuarios organizados y acorde con los requerimientos de cada caso según sus necesidades.

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 usuarios de la unidad cuentan con su dotación al día y dando un buen uso de ella.

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.

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Documentación actualizada al 2025, red de apoyo actualizada, antecedentes actualizados.
Carpeta debidamente organizada.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

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:

Unidad de servicio a la cual se le realizó el
orden y el aseo.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

→ sin hallazgos.

Se recomienda continuar con la gran labor con los niños y niñas.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros.
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros.

Resultados de la Visita:

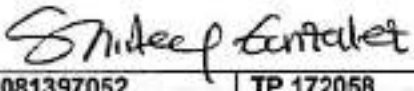
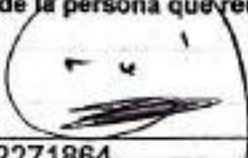
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		WILSON CALDERON USECHE	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
			
CC.1081397052	TP 172058	CC. 12271864	
Celular: 3147988239		Celular: 3217612621	
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com		Correo electrónico: calderonusechewilson@gmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Se está llevando con la dotación adecuada y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: S. HARTAJA

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Losse cuenta con la dotación al día y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firmice.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Silvia Gonzalez.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Mueven cuenta con la dotación al día y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley GARCIA

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	12/02/2025		CENTRO ZONAL	La Plata.	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA Wilson Calderon.					
	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	/	/	/

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	/	/	/
<p>COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:</p> <p>Se recomienda cuando tenga este alimento lo continúe usando en (en diferentes preparaciones)</p>			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
		<p>Shirley Gonzalez</p>	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSIÓN 1 FORTC.0001- 01/09/2019 FECHA DE APROBACIÓN: 01/09/2019		
FECHA: 12/02/25					
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Wilson Calderon.					
CENTRO ZONAL: La Piedad.					
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gonzalez					
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)					
ASPECTO A EVALUAR		MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?					
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?					
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?					
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?					
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?					
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)				SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?					
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?					
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?					
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?					
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?					
Observaciones de la Madre Sustituta:					
La da fue muy formal y respetuosa.					
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA					



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

Dirección: cl 19 # 1NE-04

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Shirkeap Gonzalez

Firma de la persona que realiza la verificación

Shirkeap Gonzalez

cc. 68139102

TP. 17058

Celular: 314758239

Correo electrónico:

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 14-02-2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional: HUILA

Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Dirección CALLE 13 # 5E - 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	Teléfono 3124564343
--	--	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos CRISTIAN CAMILO ARIAS	CC. 1010242019	Celular 3112431071
--	-----------------------	---------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>10-01-2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Shirley Banderer</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Yo te Cuido.</u>
-----------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de Imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	Primer apellido ARANDIA	Segundo Apellido MARTINEZ	Nombres YOHAIIRA
	Identificación: 55.131.290		
Dirección: CARRERA 6 N° 8-68		Tel. Fijo	Celular 3166034632
Barrio: BARRIO SAN RAFAEL		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	KAREN SOFIA CACERES ARGOTY	23/11/2010	T.J 1,145,826,216	23439056	7/01/2024	COMISARIA DE FAMILIA LA ARGENTINA/ ALEXIS NICOLAY PATIÑO
2	DAIRON LEONARDO ROSAS CALVO	22/08/2008	T.J 1076741193	23589809	2/09/2008	CLAUDIO HERNAN LOPEZ/ DEFENSORIA CUARTA DE FAMILIA
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.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

- Karen: La MS Solicito al comisario aya para que el colegio Marillac y los carlos trujillo para que den apo, de igual manera la Estora de caso, Karen egreso de la clinica Sonar y vivir el 31-01-2025 e ingreso nuevamente al hogar Sustituto, tuvo psicología eps 4-02-2025 control 4-4-2025, control del joven 4-02-2025, medicina general 4-02-2025, higiene oral 4-02-2025, 15-02-2025 odontología, 14-02-2025 saco cita odontología para el 17-18-19 de febrero, esta pendiente agenda cita psiquiatria.
- Dairon: Psicología clinica tuvo 11-01-2025, tiene control en Mayo, el 18 tiene certificado medico para ingresar a futbol, tiene cita prueba de inteligencia el 25-01-2025, el Defensor aun no la ha autorizado.

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 artisticas, 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

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 DELICBF Y A LA LEY 1501 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	Si No	Si No	Si No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	Si No	Si No	Si No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ No	☒ No	Si No	Si No	Si No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ No	☒ No	Si No	Si No	Si No

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios no cuentan con encuentros biológicos, Dairon está en proceso de adoptabilidad y Karen debido a que el progenitor debe presentar algunos procedimientos pendientes. Karen ingresará a Fútbol Sala como actividad extracurricular los días lunes, miércoles y viernes, Dairon ingresará a fútbol como actividad extracurricular, los usuarios cuentan con garantía en los diferentes procesos que requieren.

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							

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X																
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X																
Valoración Médica	X		X																
Fórmulas Médicas	X		X																
			X																
Carné de Salud	X		X																
Citas Médicas	X		X																
Registro Civil	X		X																
Documento de Identidad	X		X																
Boletines Escolares – del período actual cursado		X		X															
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X																

Observaciones:

La carpeta de los usuarios se encuentran archivadas correctamente, logajadas y actualizadas hasta la fecha. Los usuarios no cuentan con boletines debido a que Karen no se encontraba estudiando y a la fecha sigue a la espera de cupo. Daron el año 2024 no estuvo estudiando.

Karen: continúa consumiendo en tratamiento farmacológico, Fluorelina 1 tableta (4/4 horas) en el desayuno, Ácido Valproico 1 tableta (1/2 horas), Tramadolina media tableta en la noche, Daron: Quetiapina cada 24 horas, Ácido Valproico (1/2 horas), Zertuluna (1/2 horas).

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							

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.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

- Karen: NO cuenta con dotación escolar debido a que aun no se encuentra vinculada al sistema educativo, la demás dotación se encuentra organizada, armada y en optimas condiciones de uso.
- Dairo: El usuario cuenta con la dotación en orden, organizada y en 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 si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la carpeta de la Madre Sustituta se encuentra en optimas condiciones, de archivo, organizada y actualizada hasta la fecha.

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



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

a los usuarios optima desarrollo de las actividades
cotidianas, las espacios habitacionales se encuentran en
orden.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

→ No se dan hallazgos.

Se recomienda a la MS. continuar garantizando las
diferentes atenciones y procesos que requieren los usuarios, así
mismo dar a conocer ante el operador y Autoridades
Administrativas cualquier eventualidad que se presente con los
usuarios.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☒ Diálogo con miembros de la familia.
- ☒ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☒ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

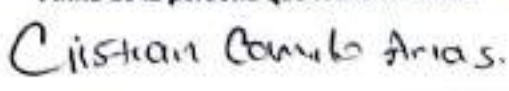
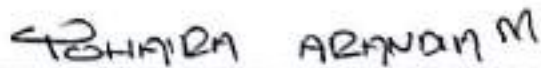
- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita YOHAIARA ARANDIA MARTINEZ
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1010242019	TP. 1010242019	CC. 55131290
Celular: 3112431071		Celular: 3166034632
Correo electrónico: yoteculdofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considere como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	✓	
Cepillo dental	✓	
Ceda dental	✓	
Maquina de Afeitar	✓	
Desodorante	✓	
Toallas higiénicas	✓	
Peinilla o cepillo	✓	
Tapabocas dos unidades por cada niño	✓	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	✓	
Bloqueador solar	✓	
Champú	✓	
Crema dental	✓	
Papel Higiénico	✓	
Gel Antibacterial	✓	
Cepillo y betún para zapatos	✓	

OBSERVACION GENERAL
La usuaria cuenta con la dotación requerida.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Karen Sofia Caceres Aguilar

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: CRISTINA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: CRISTIAN CAMILO ARIAS

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
El usuario cuenta con la dotación requerida

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: DAIRON LEONARDO ROSAS

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: CRISTINA ABANDON M.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Conilo Arias

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	14-02-2025.	CENTRO ZONAL	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Yohaira Arandiga.			
	SI	NO:	
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		UNIDAD AAVN
			LOTE
			FECHA DE VENCIMIENTO

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		La Bienestarina se encuentra debidamente almacenada.
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Se recomienda a la madre Sostituta continuar almacenando debidamente el producto.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL		
Yohaira Arandiga M.	Cristian Camilo Arias.		

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



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: Yohana Aranda

Dirección: Conera 6 A 8-68 B/San Rafael.

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.	Y	
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.		Y
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	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tomillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La Unidad no cuenta con escaleras, valiones por ende no requieren electric protección, la Unidad cuenta con todo lo requerido al día.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Arias	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Cristian Camilo Arias	
CC. 1010242014	TP. 1010242014
Celular: 3112431071	
Correo electrónico:	

		FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSIÓN 1 PSYTO-008- 05/01/2022 FECHA DE APLICACIÓN: 01/02/2022	
FECHA: 14-02-2025					
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Uchaya Arandia					
CENTRO ZONAL: Jo Aata					
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristina Romulo Arias					
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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó 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 jóvenes durante la visita?			X		
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?			X		
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?			X		
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?			X		
Observaciones de la Madre Sustituta: Ninguna. Agradece al Profesional del trabajo que hizo; Gustan x su Amabilidad y compromiso.					
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA: <u>Cristina Arandia M.</u>					

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 10/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal La Plata

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N.5E-34 VILLA DEL PRADO	3124564343
------------------------------	----------------------------------	------------

Profesional que realiza el seguimiento:

NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	CC 1081397052	3147988239
-------------------------------	---------------	------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
15/01/2025	Cristian Camilo Arias Arias	Fundacion social Yo te cuido

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MQ4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

RESPONSABLE DEL HOGAR	SANCHEZ	CAUPAZ	ELVIA YOLIMA
IDENTIFICACIÓN: CC 36380913			
Dirección: carrera 7 -7-52		Tel. Fijo No tiene	Celular 3112054419
Barrio: Paéz		Correo electrónico: eyolimasanchez@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	ANGEL JACOB OYUNE ROJAS	06-09-2019	R.C 1075324820	23439657	13-05-2024	ELIANA MERCEDES ALVAREZ/DEFENSORIA SEGUNDA
2	WILLINGER DAVID CARDAS ESCULPI	30-09-2015	R.C.V 7481954	SIN INFORMACION	05-08-2024	ELIANA SOFIA CASTRO/ COMISARIA DE FAMILIA
3						

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



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 10

4						
5						

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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐

Descripción general de lo encontrado:

Wellington tiene pendiente por alinear caso con psicología
la MS está en este trámite que que (WEP) no tiene caso clausu-
ribles por ahora. Angel Jacob: tiene atenciones en subel
al día, tratamiento de adicteología - terminales y control en
un año después de la última atención acordada se requiere
hacer su etapa exitos en la institución adscritas por la
municip, está en proceso de adaptación.

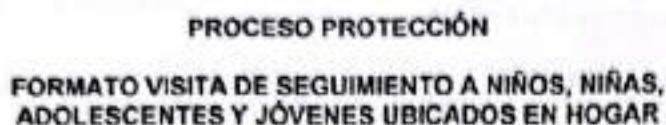
4.3. DOCUMENTACIÓN

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	X	X			

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



27/07/2021

Página 6 de 10

[illegible]

la documentación al día, carpetas organizadas
según sus necesidades.

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							

Distribucion de los usuarios al dia, Angel feller
porque sea entregados la decion esoter.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBY Y A LA LEY 1501 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

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		
Camé de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la documentación de la M) al día y completo orden
certificados que faltaban certificados de manejo

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSE Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

SI x

Si el área o espacio cuenta con la condición.

NÓ

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 aristas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La ciudad de Saraguro al estar con un excelente orden, la madre sustituta ayuda en la generación de hábitos de aseo y orden en los cuartos.

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

→ Sin hallazgos

Se recomienda continuar con la buena labor e implementación de hábitos de estudio y conducta positiva.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☒ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

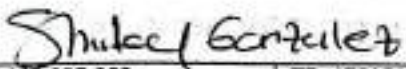
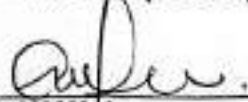
Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita

Nombres y apellidos de la persona que recibe la

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considere 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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ		visita ELVIA YOLIMA SANCHEZ	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
			
CC.1.081.397.052	TP. 172058	CC. 36380913	
Celular: 3147988239		Celular: 3112054419	
Correo electrónico: HSPICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM		Correo electrónico: eyolimasanchez@gmail.com	

Notas:

- ✓ 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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL .USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Willmyel con la consudat de la ciudad.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Willmyel Gaudin

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Willmyel Gaudin

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gaudin

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Angel Jacob cuenta con su dotacion adecuada y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Quifin

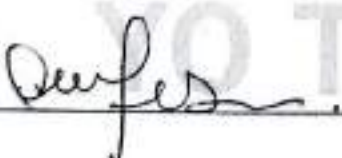
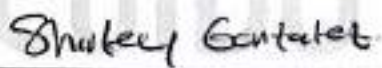
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shakeef Centurion

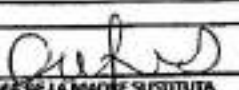
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p align="center">FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p align="center">01/08/2022</p>	
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	10/02/2025		CENTRO ZONAL	La Plater.	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Yolma Xinchet C.					
	SI	NO:	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		1	0002091858	11/09/2025

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Correctamente almacenado y correcto uso.
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Continuar con el correcto uso del alimento.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
			

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSIÓN 1 FORT-0018- 01/05/2022		
			FECHA DE APROBACION: 01/05/2022		
FECHA: 10/06/2025					
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yolima Sanchez					
CENTRO ZONAL: La Plata					
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gantillet					
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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó 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 jóvenes durante la visita?				X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?				X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?				X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?				X	
Observaciones de la Madre Sustituta:					
					
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA					



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: Yolima Sanchez C.

Dirección: Cra 7 # 7-52

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X/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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Shirley Gantubet	
Firma de la persona que realiza la verificación	
Shirley Gantubet	
CC. 1081397052	TP. 12058.
Celular: 3147108239.	
Correo electrónico:	

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 27/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle JA # 5-52 Bl. Trinidad	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menezes	10077150847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
23.01.2025	Lucy Katalina Menezes	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Narvaez	Ujir	Maryen Lucía
Identificación: <u>25.292.920</u>			

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!

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Dirección: Central 12A #9A - 2B	Tel. Fijo /	Celular 3177114161
Barrio: Cúlamo	Correo electrónico: mreyen2312@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento? ☐	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 Gonzales	30/08/2008	1084254376	23571182	29/02/2024	Defensoría Tercera Cristina Molano
2	Hector Steven Samboni	02/10/2014	1083986262	N/A	11/08/2023	Comisión de familia San Agustín
3	Ostin Santiago Morillo	09/10/2016	414636348	2368163	02/09/2024	Defensoría Sexta Javier Cortez
4	Charm Andre Ochoa	16/08/2021	1089439332	235703215	06/12/2024	Defensoría Sexta Javier Cortez
5	/	/	/	/	/	/

* Anule los renglones no utilizados

Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Recibe atención psicosocial.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios se encuentran estudiando,
Unam ya se encuentra en el jardín. Yader está
estudiando sabatinos. El estado actual de
todos está de la mejor manera, con buenos
hábitos.

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Dentro del proceso de restablecimiento de derechos a favor de cada usuario, al estar escuchando cuentan con actividades extracurriculares que aportan a su crecimiento personal en la vida cotidiana. Yader es el unico usuario que no tiene encuentros biológicos.

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			

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

Todos los usuarios cuentan con su respectiva documentación. En cuanto a los hogares escolares que no se encuentran ya que no ha finalizado el primer periodo.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar	X		X		X		X			
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Todos los usuarios tienen elementos de dotación tanto la personal, básica, escolar y los implementos de higiene personal.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

la madre sustituta tiene toda la documentación acorde a lo estipulado. la papelería se encuentra al día. Manteniendo su compromiso en este aspecto.

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	N/A	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSE Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**Versión 1**

Página 8 de 9

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La vivienda cuenta con su infraestructura adecuada para el bienestar de los usuarios. Espacios adecuados, buena higiene, se evidencia un espacio agradable y un entorno protector.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Doña Mayen cumple con todos los compromisos necesarios para el bienestar de los vecinos. Siendo una m.s. responsable con la labor que realiza a diario.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
☒ Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☐ Diálogo con miembros de la familia.
☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
☒ Observación a vivienda, dotación, otros

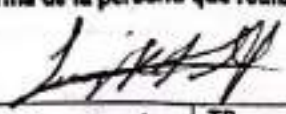
**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katalina Henríquez		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Maryen Lucía Norvuez Díaz	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita Maryen Lucía Norvuez	
CC. 1007950844	TP. 1007950844	CC. 25292920	
Celular: 3156947819		Celular: 3177114161	
Correo electrónico: lucy.katalina.henriquez@proteccion.familia.gov.co		Correo electrónico: maryen2312@gmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Yader Esteban Gonzales.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	1	Bueno
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	2	Bueno
Camisa	2	Bueno
Blusa diario	4	Bueno
Saco - Chaqueta	3	Bueno
Calzoncillos o pantis	8	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	5	Bueno
Falda	0	/
Pijama	2	Bueno
Pantaloneta (short bicicletero)	7	Bueno
Pantalón de sudadera	2	Bueno
Medias	8	Bueno
Zapatos de diario	3	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	1	Bono
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	2	Bono

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Hector Steven Sambrán

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	2	Bueno
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	2	Bueno
Camisa	4	Bueno
Blusa diario	6	Bueno
Saco - Chaqueta	3	Bueno
Calzoncillos o pants	6	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	6	Bueno
Falda	0	/
Pijama	3	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	1	Bueno
Pantalón de sudadera	1	Bueno
Medias	2	Bueno
Zapatos de diario	4	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	1
Vestido de baño (opcional)	1	Buena
Gorro para bebé —Llama dientes	0	1
Pañales desechables (por mes)	0	1
Cobertor	0	1
Toalla	2	Buena

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguna</p>
--

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Ortin Santiago Morillo

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	0	/
Camisa	1	Buena
Blusa diario	1	Buena
Saco - Chaqueta	0	/
Calzoncillos o pantis	2	Buena
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	1	Buena
Falda	0	/
Pijama	2	Buena
Pantalóneta (short bicicleta)	4	Buena
Pantalón de sudadera	2	Buena
Medias	4	Buena
Zapatos de diario	1	Buena
Chancletas	1	Buena

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

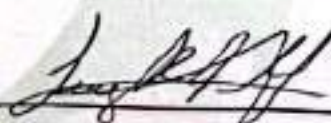
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé –llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguno

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Maryen Lucía Jají

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	Buen estado
Cama cuna	N/A	/
Cuna	N/A	/
Corral	N/A	/
Colchón	6	1 mal estado
Colchón cama cuna	N/A	/
Cómoda	3	Mal estado
Ventilador	2	Buen estado
Coche	N/A	/
Almohadas	5	Buen estado
Cubrelechos	6	Buen estado
Sábanas	5	Buen estado
Protector de colchón	5	Buen estado
Toldillo	N/A	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL

Se evidencia que en la unidad de servicio se encuentra ventilador en mal estado y 1 colchon mal estado. El resto esta en orden.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Alvarez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: 

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27-02-2025		CENTRO ZONAL	Pitalito	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
	SI	NO	UNIDAD AAVN	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		Bienestarina	0002091858	11-04-2025
			Bienestarina	0002091858	11-04-2025

	SI	NO	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Ninguna.
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Hacerle uso en su proceso para los niños.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Mayen Lucía Nolasco			

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Ostia

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Hector

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Norvaez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		
ELEMENTO	PERSONAL	
	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIECIOCHO (18) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yader Esteban

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Juana Narvaes

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]



FUNDACIÓN 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: Marylen Lucía Abbruchez

Dirección: Carrera 1A - 9A - 28 - Calama

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	



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.		
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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La infraestructura se encuentra acorde a lo estipulado.
 Los baños cuentan con un entorno protector.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Lucy Katalina Menezes	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC.	1007750847
TP.	1007750847
Celular:	3156777819
Correo electrónico:	trabajosocialyotecuido.alcalde@gmail.com



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN 1 FSYTC-0006- 01/06/2022

FECHA DE APROBACIÓN: 01/06/2022

FECHA: 27-02-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Mayen Lucia Manueta

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Fatolina Meneses.

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 realizó 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 jóvenes 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	
Observación de la Madre Sustituta:					Excelente labor del profesional			

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹Fecha de visita: 28/07/25

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☒	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	-------------------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐
---------------	----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

Regional _____ Centro Zonal _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Social Yo te ayudo</u>	Dirección <u>Calle 1A # 5-52 Barrio Unidad 2</u>	Teléfono <u>3206227470</u>
---	---	-------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny Alexandra Q</u>	CC. <u>1047392014</u>	Celular <u>3206227470</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>DD MM AAAA</u> <u>31/01/25</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexandra Q</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Yo te ayudo</u>
--	---	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Urbano</u>	Segundo Apellido <u>Marcia</u>	Nombres <u>Luz nelly</u>
	Identificación:		

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Cr 9 c este 13-67 Sur	-0-	313834805
Barrio:	Correo electrónico:	
las palmitas		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico	☒	Plan Mejoramiento ²	☐	Seguimiento extraordinario	☐
-----------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Paloma Yelany Martinez M.	DD/MM/AA 7/12/2012	10989312012		DD/MM/AA 22/11/2013	Defensoría tercera Cristina Malin
2	Anales Yelany Martinez M.	DD/MM/AA 11/10/2014	144653353	176330644	DD/MM/AA 22/11/2013	Defensoría tercera Cristina Malin
3	Yelany Yelany Arbelo M.	DD/MM/AA 6/11/2011	1238523324	23520346	DD/MM/AA 01/11/14	Defensoría tercera Cristina Malin
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.

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



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

los niños cuentan con vinculación a Salud, educación
gozan de buen estado de Salud, se encuentran adelantando

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

acuerdos para el Proyecto de Vida, cuentan con entornos protegidos y protectores, los niños mantienen buena comunicación asertiva.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ 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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSEF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Los hermanos Males reciben encuentros biológicos, los niños expresan libremente sentimientos y emociones y disfrutan de entornos protectores y seguros, se evidencian buena interacción afectiva entre la familia y usuarios.

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:

Los usuarios cuentan con carpeta debidamente archivada y actualizada, se recomienda a la SSM la cualificar al menos en salud de manera constante.

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 1501 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

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)

Los niños cuentan con dotación Básica, personal, escolar de aseo e higiene según lo estipulado en el manual operativo.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	/		
Resolución de aprobación del Hogar	/		
Copia documento de identificación	/		
Constancia afiliación al SGSSS	/		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	/		
Constancia último grado de estudio	/		
Constancias de Capacitaciones*	/		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	/		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	/		
Carné de manipulación de alimentos	/		
Certificación primeros auxilios	/		
Carpeta de visitas al Hogar	/		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Se evidencian Orden y buena Presentación en la carpeta de la madre Sustituto. Se recomienda estar pendiente para actualización de Antecedentes y exámenes de salud, primeros auxilios.

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 1361 DE 2012.



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Y manipulaciones de alimentos.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	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:

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

la unidad de Servicio cuenta con las condiciones locativas para la habitabilidad de los usuarios.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

en cuanto a compromisos establecidos en el Mes de enero se logra verificar que los usuarios asisten a citas médicas:

Andrés: tiene pendiente psico cognitiva, terapias físicas para abrir, y continuar con terapia lenguaje, en marzo asistir a cita por pediatría
Paloma: tiene pendiente endocrinología, terapias, neurología en febrero

Faren: Asiste a odontología, tiene pendiente cita por psicología

la unidad de Servicio cuenta con condiciones adecuadas para la habitabilidad de los usuarios.

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.

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☐ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Jenny Alexandra O	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Luz Nelly Urbana M.
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita
CC: 1009317014 TPA 166100	CC: 26562386.
Celular: 3206223430	Celular: 3138348003
Correo electrónico: alexa1611@kbrla	Correo electrónico: lurenubana@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón		
Cepillo dental		
Ceda dental		
Peinilla o cepillo		
Tapabocas dos unidades por cada niño		

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Pedro Yelison Nolasco
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Luz Nelly Urbina Gual
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		
Cepillo dental		
Ceda dental		
Maquina de Afeitar		
Desodorante		
Toallas higiénicas		
Peinilla o cepillo		
Tapabocas dos unidades por cada niño		

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	x	
Bloqueador solar	x	
Champú	x	
Crema dental	x	
Papel Higiénico	x	
Gel Antibacterial	x	
Cepillo y betún para zapatos	x	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Karen Tatiana Abaleda
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: For Nelly urkua al
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		X
Jabón		
Cepillo dental		
Peinilla o cepillo		

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Andres Felipe Morales
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Luz Nelly Urbina
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

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	
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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La unidad de Servicio cuenta con espacios seguros para la habitabilidad de la misma.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Jenny Alexandra Q. M.

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 16473470 14

TP. 166100

Celular: 3206177470

Correo electrónico: alex-16911@hotmail.com

YO TE CUIDO

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28-02-25	CENTRO ZONAL	Pitalito
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Luz nelly urbano Murq			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		000 8383432
			LOTE
			FECHA DE VENCIMIENTO
			23-mar-2025

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Se evidencia buen almacenamiento
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
Seguir manteniendo la Bienestarina bien almacenada.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
			

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN 1 FSYTC-0095- 01/05/2022

FECHA DE APROBACION: 01/05/2022

FECHA: 23/01/25

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Luz nely murcia

CENTRO ZONAL: Pibolito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Juan Alexander G

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?	✓			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	✓			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	✓			
5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita?	✓			
	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 jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Luz nely murcia

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 27/02/25

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐
---------------	----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Social y teledon</u>	Dirección <u>Cll 1a # 5-52</u> <u>Bl. Trinidad</u>	Teléfono <u>320 6227470</u>
---	--	--------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny A. Quintero</u>	CC. <u>1097397019</u>	Celular <u>3206227470</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>DD MM AAAA</u> <u>27/01/25</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexandra Quintero</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Social y teledon</u>
--	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Paeon</u>	Segundo Apellido <u>villada</u>	Nombres <u>mady Yurani</u>
	Identificación: <u>36314653</u>		

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1501 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Dirección: Cll 15 A # 3-54	Tel. Fijo: —	Celular: 316 044 6757
Barrio: Metro-	Correo electrónico: casilla.semilanooy@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico

Plan Mejoramiento²

Seguimiento extraordinario

**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE
RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL
MOMENTO DE LA VISITA**

Nº	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Sebastian tanayo Parra	DD/MM/AA 30/11/13	1082 114213	—	DD/MM/AA 14/12/24	Comandante Gustavo A. Huel A.
2		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
3		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
4		DD/MM/AA			DD/MM/AA	
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.**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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

el niño Sebastian Se encuentra hospitalizado en Clínica Sana Mens debido a trastorno de Conducta

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Por haber presentado heteroagresividad y problema, conductamentales, desde el 4 de febrero del 2022

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

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 ICEF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

La madre sustituta refiere que el niño presenta comportamientos agresivos de manera constante motivo por el cual se dirige para ser Salud Mental, encontrándose en estado estable. Sebastian cuenta con encuentros biológicos, disfrute de ambientes protectores y protegidos.

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:

La Carpeta de Sebastian cuenta con documentación acorde al establecido, se evidencia que no se cuenta con historia de atención por la cual fue hospitalizado por lo que se sigue solicitando por escrito.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

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)

el niño cuenta con dotación básica personal, de
Aseo e higiene, cuidar que no este asistiendo.
Pero el operador ha entregado.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	/		/
Resolución de aprobación del Hogar	/		
Copia documento de identificación	/		
Constancia afiliación al SGSSS	/		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	/		
Constancia último grado de estudio	/		
Constancias de Capacitaciones*	/		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	/		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	/		
Carta de manipulación de alimentos	/		
Certificación primeros auxilios	/		
Carpeta de visitas al Hogar	/		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La Carpeta de la Madre Sustituta cuenta con
Carpeta con documentación correspondiente, sin
embargo la Señora madre refiere que solo
cuenta hasta este mes debido a que puso sí.

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



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Carta de renuncia debido a que se ha generado el riesgo de la carta de sostenimiento, se le explica desde el manual, se emburo refiero si no desea continuar.

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	X	SI	SI	SI	X	SI
Despensa	SI	X	X	X	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	X	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	X	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	X	SI	X	SI
Baños	SI	SI	SI	X	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	X	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

La unidad de Servicio Común con las Conducientes,
localizará para la habitabilidad de los casos.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Sebastian Se encuentra hospitalizado -internado
en Clínica Sanamens por el área de Salud
Mental, Comportamiento agresivo, ha mostrado
maneras Positivas, desde el elevador se ha
realizado Seguimiento Constante y se ha
informado a la autoridad administrativa.

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
☐ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☐ Diálogo con miembros de la familia.
☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Jenny Alexandra Lantieri	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita
cc. 1097397014 TP.166106	cc. 36314053
Celular: 306227470	Celular: 316446737
Correo electrónico: alex-16910@hotmail.com	Correo electrónico: eazillasenilana096@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... plense 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 ICSEF Y A LA LEY 1581 DE 2012



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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo		
Tapabocas dos unidades por cada niño		

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	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		

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Sebastian tamayo Parian

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497



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: mady yurani Peron

Dirección: Cl 15 A # 3-54 Melo

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	



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.	T	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	T	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Jenny Alexandra D.	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 109734704	TP. 166100
Celular: 3206227470	
Correo electrónico: alexa-16911@hotmail.com	



**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: 27-02-24

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: lady Yuzni Páez Villalga

CENTRO ZONAL: Pitalito.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Juan Alexander Quintanilla

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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó 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 jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/07/23A

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐
---------------	----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

Regional Hula Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación yoteco</u>	Dirección <u>Cl 1A # 5-57</u> <u>B1 fundold</u>	Teléfono <u>3206227470</u>
-----------------------------------	---	-------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny A. Quinto</u>	CC. <u>1017372014</u>	Celular <u>3206227470</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>24/02/25</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexandra G.</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación yoteco</u>
---------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Puentes</u>	Segundo Apellido <u>Para</u>	Nombres <u>Mireya</u>
	Identificación: <u>26599092</u>		

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1531 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Dirección: Vereda Pandanos	Tel. Fijo N/A	Celular 31 67601856
Barrio: el duiso	Correo electrónico:	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ 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	Camila Andrea Astiza	DD/MM/AA 6/ene/21	128313324	2350396	DD/MM/AA 8/04/21	Defensoría tercera Cristina M.
2	Bleydy Mirella frusillo	DD/MM/AA	114462732		DD/MM/AA 21/02/25	Defensoría cuarta Claudio H.
3	Abn Paul D. España Cuervo	DD/MM/AA	1093932455		DD/MM/AA 21/02/25	Defensoría cuarta Claudio H.
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.
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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Los casos cuentan con vinculación a Educación Salud, mantienen buen estado nutricional y de salud.

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 ICSF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Se encuentran adelantando acciones por el Proyecto de Vida, han generado con proceso de adaptación, estado con entornos de protección y cuidado.

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 ☐

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



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

mañana de los Usuarios Cuenta con encuentros Biotécnicos.
Mantienen Comunicación Asertiva dentro del hogar
ejercen libremente emociones y sentimientos
Defienden de entornos Protegidos

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:

Los usuarios Merydy y Alan no cuentan con registros de salud descritos a su fecha de ingreso 21-01/23. Ya que Alan se está adelantando la gestión.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	/		/		/		/		/	
Personal	/		/		/		/		/	
Escolar	/		/		/		/		/	
Aseo e higiene personal	/		/		/		/		/	

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Se evidencian que los niños cuentan con dotación básica, personal, escolar y de aseo e higiene según como lo refiere el manual operativo.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	/		/
Resolución de aprobación del Hogar	/		
Copia documento de identificación	/		
Constancia afiliación al SGSSS	/		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	/		
Constancia último grado de estudio	/		
Constancias de Capacitaciones*	/		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	/		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	/		
Carné de manipulación de alimentos	/		
Certificación primeros auxilios	/		
Carpeta de visitas al Hogar	/		

*Marque si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Se evidencian Carpetas debidamente actualizadas y archivadas, se recomienda a la madre este procedimiento de levantamientos de foto, de actualización de antecedentes disciplinarios.

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



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

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:

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

la unidad de Servicio Cuenta con condiciones
adecuadas para la habitabilidad protegida
de la familia.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Camila andrés: Se le ha estado prohibido que juegue
debido a su salud mental por lo tanto no se acepta
en la unidad de Servicio.

Blaydy y alon. espinoza: están viviendo situaciones
en salud, vinculación y educación debido a que
ingresaron el 21/07/23. Se recomienda a la madre los gestiones.

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

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☐ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
Jenny Alexandra G.		Mireya Puentes Parra.	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
CC. 10033204	TP. 166100	CC. 26399402	
Celular: 3206227490		Celular: 3162601856	
Correo electrónico: alexa-16911@bcbnecr		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



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: Miraya Puentes Parra

Dirección: Verebi panfano

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	X
19	Los balcones deben tener protección.	X	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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Firma de la persona que realiza la verificación

cc. 104372014

TP. 166100

Celular: 326727470

Correo electrónico: alex-691@hoteles.com

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		
Jabón		
Cepillo dental		
Peinilla o cepillo		

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Comba andrea Catet
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Mireya Puentes Parra
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Bkydy mielly tujillo
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Mirya gonzalez Perrey
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	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		
Cepillo dental		
Ceda dental		
Maquina de Afeitar		
Desodorante		
Toallas higiénicas		
Peinilla o cepillo		
Tapabocas dos unidades por cada niño		

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Alan David Espino
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Mirreya Fuentes Parra
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
 NIT: 901496702-9
 Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	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 20-02-25	CENTRO ZONAL Pitalito	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA Mireya Puentes Parra		
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	SI	NO: X

¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	SI	NO:	OBSERVACIONES
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES: No hay Bienestarina			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 26/07/2021

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle 1A #5-53 B/ Trinidad.	318241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Menezes	1007750847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
23-07-2021	Lucy Katalina Menezes	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Diaz	Molina	Omarita
Identificación: 3.629.588.4			

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!

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Corregimiento de Guacacillo	/	3144728447.
Barrio:	Correo electrónico:	
Corregimiento de Guacacillo	Omarquimolina69@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	Elizabeth Milagros Samboni Golondrino	25-05-2010	1.083.987.253	N/A	11-08-2013	Comisario Familia San Agustín.
2	Yaslin leandro Samboni Golondrino	15-03-2018	1.078.248.111	N/A	11-08-2013	Comisario Familia San Agustín.
3	Donna Liseth Bravo Cabrera	08-09-2012	1.079.392.976	N/A	24-12-2014	Comisario de Familia Agado-Huila
4	Cesar Steven Urbano Pizarro	23-03-2015	1.083.910.010	174401416	04-02-2015	Defensoría Familia Guabacillo
5	/	/	/	/	/	/

* Anule los renglones no utilizados

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

Versión 1

Página 3 de 9

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.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Recibe atención psicosocial.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios de la madre sustituta se encuentran en actividad educativa. Realizan y están inscritos a todo lo relacionado a este tema.
No se presenta ninguna necesidad al respecto.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Participe en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ 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.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY

1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios ya se encuentran estudiando, realizando actividades extracurriculares y demás para el manejo del tiempo libre.
 Danna Lirith Bravo ya se encuentra en un jardín.

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			

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.M04.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

los usuarios cuentan con documentación al día.
No se audencia boletines escolares porque aún no
se termina el primer periodo académico del año 2021

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar	X		X		X		X			
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los usuarios cuentan con todos los implementos básicos
para el desarrollo escolar, como también con el vestuario
adekuado para cada niño. Dama luth se encuentra en el jardín.

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		
Camé 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.

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 1561 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con toda la documentación acorde a lo estipulado y se encuentra al día con la papelería.
Sin ninguna novedad.
Documentos actualizados.

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La infraestructura de la vivienda se encuentra
en las mejores condiciones. Así no se evidencian
ningún riesgo que pueda afectar a los
usuarios.
Todo en orden.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Confirmando que todos los compromisos de la
madre sustituta se encuentran de la mejor
manera, verificando así que las instalaciones
de la vivienda están al día, documentación de
usuarios al día, documentación M.S. al día.
Todo en orden para el bienestar de cada
uno de los usuarios.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ SI Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ SI Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

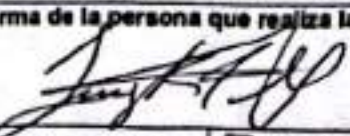
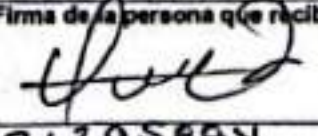
**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katalina Henares Holina.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Omar Olaya Holina	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
cc. 1007750847	TP. 1007750847.	cc. 36295884	
Celular: 3156797819.		Celular: 3144728447	
Correo electrónico:		Correo electrónico: omarolayahol@gmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Aula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Danna Luzeth Bravo

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	1	Bueno
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	2	Bueno
Vestido de niño(a)	1	Bueno
Camiseta interior	0	/
Camisa	3	Bueno
Blusa diario	2	Bueno
Saco - Chaqueta	1	Bueno
Calzoncillos o pantis	3	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	2	Bueno
Falda	1	Bueno
Pijama	1	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	0	/
Pantalón de sudadera	1	Bueno
Medias	3	Bueno
Zapatos de diario	1	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

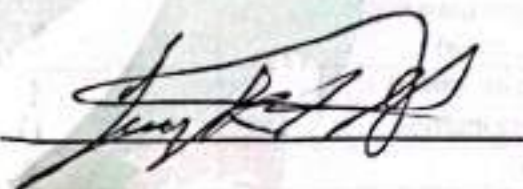
Cel. 3206193497

	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	De no

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Elizabeth Milagros Samboni

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	10	Bueno
Vestido de niño(a)	5	Bueno
Camiseta interior	10	Bueno
Camisa	0	/
Blusa diario	8	Bueno
Saco - Chaqueta	5	Bueno
Calzoncillos o pantis	14	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	4	Bueno
Falda	5	Bueno
Pijama	2	Bueno
Pantaloneta (short bicicletero)	3	Bueno
Pantalón de sudadera	5	Bueno
Medias	11	Bueno
Zapatos de diario	10	Bueno
Chancletas	3	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

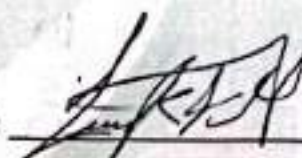
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	1
Vestido de baño (opcional)	2	Buena
Gorro para bebé -Llama dientes	0	1
Pañales desechables (por mes)	0	1
Cobertor	1	1
Toalla	2	Buena

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguna.</p>

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26 - 02 - 2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Yastin Leandro Samboni

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	10	Buena
Camisa	3	Buena
Blusa diario	3	Buena
Saco - Chaqueta	3	Buena
Calzoncillos o pantis	8	Buena
Brasieres o formadores	0	
Pantalón	6	Buena
Falda	0	/
Pijama	4	Buena
Pantaloneta (short bicicletero)	6	Buena
Pantalón de sudadera	3	Buena
Medias	6	Buena
Zapatos de diario	7	Buena
Chancletas	2	Buena

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

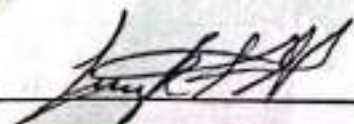
NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	2	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: 

YO TE CUIDO

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Cesar Steven Urbano

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	1	Bueno
Camisa	3	Bueno
Blusa diario	0	/
Saco - Chaqueta	1	Bueno
Calzoncillos o pantis	4	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	3	Bueno
Falda	0	/
Pijama	1	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	2	Bueno
Pantalón de sudadera	2	Bueno
Medias	3	Bueno
Zapatos de diario	1	Bueno
Chancletas	1	Bueno

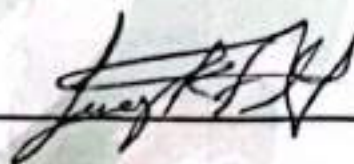
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Bueno

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Cesar Stiven
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Signature]
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yastin
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Clara
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	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

Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: elizabeth

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Signature]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Omaira Diaz Molina

Dirección: Corregimiento de Guacacillo

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	



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	Parques limpios.	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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda cuenta con la infraestructura adecuada y los espacios adecuados para el bienestar de cada usuario.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Lucy Fabiana Meneses Molina.	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1007750847.	TP. 1007750847
Celular: 315 6777819.	
Correo electrónico: trabajo social yo te cuido.pitalito@gmail.com	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Omaru Diaz Molina

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	Buen estado
Cama cuna	N/A	/
Cuna	N/A	/
Corral	N/A	/
Colchón	3	Buen estado
Colchón cama cuna	N/A	/
Cómoda	3	Mal estado
Ventilador	2	Buen estado
Coche	N/A	/
Almohadas	6	3 Regulares.
Cubrelechos	6	3 Regulares
Sábanas	10	Buen estado
Protector de colchón	6	3-tela - 3 plastico
Toldillo	N/A	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL
<p>Se evidencia que en la dotacion de la unidad de servicio las camachos estan en mal estado, 3 almohadas regulares y 3 regulones cubrelechos. El resto de dotacion buen estado.</p>

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

[Handwritten signature]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

[Handwritten signature]

YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSION 1 FEBRERO 2025

FECHA DE APROBACION 01/02/2025

FECHA: 26- febrero - 2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Omara Diaz Molina

CENTRO ZONAL: pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Katalina Henares Molina

OPINION 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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			

OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Ea clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

nada que objetar por su profesionalismo

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 26/07/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional: Ayala Centro Zonal: Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "yo te cuido"	Calle LA #5-56	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Meneses	1007750847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
27-07-2025	Lucy Katalina Meneses	Fundación Social "yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	RIVERA	GARCIA	Paula Alejandra
Identificación: <u>1.082.779.043</u>			

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!

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Dirección:	Tel. Fijo:	Celular:
Cru 2 #27 - 21	/	3123098374
Banco:	Correo electrónico:	
Los Arandanos	palerigao 4@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ 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	Luz Santa Reina Urbano	24/03/2020	1049 537.791	23510429	09/12/2024	Defensoría Cuarta Claudio Hernan Lopez.
2	Angy Lorena Urbano	24/07/2013	1083.912.259	23510445	09/12/2024	Defensoría Cuarta Claudio Hernan Lopez.
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.**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

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.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Recibe atención psicosocial.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Las niñas cuentan con los espacios necesarios para su desarrollo humano, con espacios educativos, fortaleciendo sus conocimientos para el desempeño de la vida cotidiana.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ 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.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios Luz Sarita Rana y Angy Lorena Urbina se encuentran en un entorno protector. Luz Sarita recibe encuentro biológico con su familia extensa por parte de su progenitor (los abuelos). Angy Lorena no recibe encuentro biológico.

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		/		/		/	

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P Versión 1	27/07/2021 Página 6 de 9
---	--	-------------------------------	------------------------------------

Observaciones:

las usuarias cuentan con la documentación al día, no se presenta ninguna novedad.
 Todo en orden.

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										
Aseo e higiene personal	X		X							

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carté 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.

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

No se encuentra observaciones para hacer
referente a la documentación de la señora
madre sustituta Doña paula Alejandra.
Documentación al día

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin aristas	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	N/A	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	N/A	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 8 de 9

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La vivienda se encuentra con la medida de higiene, infraestructura adecuada, los dos varones tienen su cama su cama y todo se evidencia de las mejores condiciones tanto para bienestar y desarrollo.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

La señora paula, tiene una vivienda diseñada para el bienestar de todos los miembros de la casa incluyendo a los dos varones. Todo se encuentra en el orden correcto, documentación al día. Ninguna novedad.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☒ Observación a vivienda, dotación, otros

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 9

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Luz Katalina Nunez Molina.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Paula Alejandra Rivera	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita Paula Rivera	
CC. 1007750844	TP. 1007750844	CC. 3123098374	
Celular: 3156 744 814.		Celular: 1882 379 043	
Correo electrónico: holopaxolp@plataforma.org		Correo electrónico: palengua4egmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Luz Santa Reina

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	0	/
Camisa	0	/
Blusa diario	1	Bueno
Saco - Chaqueta	0	/
Calzoncillos o pantis	2	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	1	Bueno
Falda	0	/
Pijama	0	/
Pantalóneta (short bicicleta)	3	Bueno
Pantalón de sudadera	3	Bueno
Medias	5	Bueno
Zapatos de diario	1	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Quiero

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Versión 1</p> <p>FSYTC-026-</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de</p> <p>2</p>

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Aula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Angy Lorena Urbano

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	3	Bueno
Camisa	3	Bueno
Blusa diario	4	Bueno
Saco - Chaqueta	1	Bueno
Calzoncillos o pantis	3	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	3	Bueno
Falda	0	/
Pijama	1	Bueno
Pantalóneta (short bicicleta)	2	Bueno
Pantalón de sudadera	1	Bueno
Medias	2	Bueno
Zapatos de diario	4	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

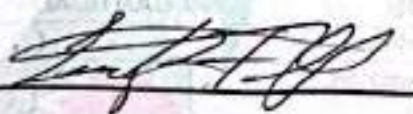
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Bueno

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huilg
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	26-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Paula Alejandra Rivera.

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	1	Bueno
Cama cuna	1	Bueno
Cuna	0	/
Corral	0	/
Colchón	1	Bueno
Colchón cama cuna	1	Bueno
Cómoda	2	Deterioradas.
Ventilador	1	Bueno
Coche	0	/
Almohadas	2	Regular
Cubrelechos	3	Buenos
Sábanas	4	Buenas
Protector de colchón	2	Buenos
Toldillo	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL

Las dotaciones de la unidad se encuentran en buenas condiciones. todo en orden.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

Paula Rivera

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

[Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: _____

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Paula Rivera

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 F5YTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 4

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Angy Lorena

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Paula Ruzo

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497



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 2 # 27 - 21

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Las condiciones de la vivienda se encuentran
acordes a lo estipulado.
Los usuarios están en un entorno protector.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Luz Catalina Meneses Molina	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 1007750847	TP. 1007750847
Celular: 3156777819	
Correo electrónico: trabajoocialteacuido.pulito@gmail.com	



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSION 1.0 (15/05/2014)

FECHA DE APROBACION 11/05/2014

FECHA: 26 de febrero 2023
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Paula Alejandra Puerto Garcia.
CENTRO ZONAL: Pitalito
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Karolima Meneses Molina

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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó 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 jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Paula Puerto

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 26/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social "Yo te cuido"	Calle 1A#5 - 52 Bl. Trinidad	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Meneses	1007750847.	3156777819.

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
31/01/2025	Lucy Katalina Meneses Molina.	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Banagon	Puentes	Diana Patricia
Identificación: <u>1.083.893.001.</u>			

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!

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Conegimiento de Guacacabo	/	3162710128
Barrio:	Correo electrónico:	
Vereda el Tigre.	dipab,22123@llolmenil.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	Laura Maria Botanegria	26-02-2000	J.112.036.696	23540384	05-08-2014	Claudio H. Lopez
2	Anysela Zelay Ortiz Zuñiga	21-10-2010	J.144.627.702		06-08-2014	Comisario de F. San Agustín
3	Yenni Patricia Tirado Toro	04-04-2002	J.114.212.746	23534815	20-08-2014	Claudio H. Lopez
4	/	/	/	/	/	/
5	/	/	/	/	/	/

* Anule los renglones no utilizados

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considere 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 1591 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

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.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Recibe atención psicosocial.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

No se evidencia ninguna novedad. Todos los usuarios cuentan con la vinculación al sistema educativo, Solvel, con documentación, lo que hace constar que se encuentran al día con este ítem. Se encuentran en un entorno protector.

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 ☒

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 CBF Y A LA LEY 1521 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Descripción general de lo encontrado:

En este ítem, los usuarios no cuentan con encuentros biológicos. Anyela no tiene autorizadas, Yani y Laura Baxanegra están declarados en adaptabilidad. En general los usuarios no cuentan con red familiar extensa.

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	☒		☒		☒		☒		☒	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considere 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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

los usuarios aún no cuentan con el boletín de periodo ya que aún no finaliza el primer ciclo escolar del año 2021.

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 usuarios cuentan con todos los elementos necesarios para su cuidado personal, vestuario y también los elementos del área educativa.

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		05-06-2024
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Camé de manipulación de alimentos	X		06-07-2024
Certificación primeros auxilios	X		14-07-2024
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con la documentación acorde a lo estipulado y se encuentra al día con la población.

No hay observaciones por hacer.

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

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 CBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La infraestructura de la vivienda se encuentra en las mejores condiciones y así brinda un bienestar adecuado para las usuarias. No presentando riesgos de ninguna magnitud.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

La madre sustituta Diana Patricia Barragan, tiene todo en orden, está cumpliendo con las condiciones necesarias para el cuidado de las usuarias, siendo comprometida en esta labor, siendo afectiva, comprometida y juiciosa con cada una de las cosas que le brinda a cada usuaria.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ SI Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- ☒ SI 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

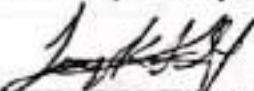
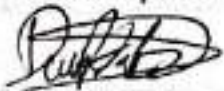
**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katalina Meneses.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Diana Patricia Barragan	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1007750847	TP. 1207750847.	CC. 108380001	
Celular: 3156777819.		Celular: 3162710228	
Correo electrónico: lucyjosevalyalejandro.p@bcb.gov.co		Correo electrónico: dipab@bcb.gov.co	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

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

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Anyela Sulay Ortiz.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	N/A	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	N/A	/
Vestido de niño(a)	2	Bueno
Camiseta interior	1	Bueno
Camisa	5	Bueno
Blusa diario	3	Bueno
Saco – Chaqueta	2	Bueno
Calzoncillos o pantis	3	Bueno
Brasieres o formadores	2	Bueno
Pantalón	1	Bueno
Falda	3	Bueno
Pijama	1	Bueno
Pantaloneta (short bicicletero)	3	Bueno
Pantalón de sudadera	1	Bueno
Medias	2	Bueno
Zapatos de diario	2	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 2 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	bueno

<p>OBSERVACION GENERAL</p> <p>Ninguna</p>
--

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	HUILA
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Yeni Patricia Tirado

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	1
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	5	Bueno
Vestido de niño(a)	12	Bueno
Camiseta interior	12	Bueno
Camisa	12	Bueno
Blusa diario	12	Bueno
Saco - Chaqueta	6	Bueno
Calzoncillos o pantis	11	Bueno
Brasieres o formadores	4	Bueno
Pantalón	6	Bueno
Falda	6	Bueno
Pijama	11	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	8	Bueno
Pantalón de sudadera	6	Bueno
Medias	15	Bueno
Zapatos de diario	20	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Bueno

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Horta
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Laura Maria Bocanegra.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	3	Buen Estado
Vestido de niño(a)	6	Bueno
Camiseta interior	4	Bueno
Camisa	7	Bueno
Blusa diario	0	/
Saco – Chaqueta	3	Bueno
Calzoncillos o pantis	6	Bueno
Brasieres o formadores	6	Bueno
Pantalón	5	Bueno
Falda	2	Bueno
Pijama	5	Bueno
Pantalóneta (short cicleteo)	3	Bueno
Pantalón de sudadera	0	/
Medias	4	Bueno
Zapatos de diario	3	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

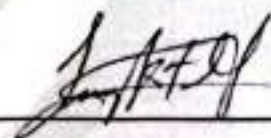
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	26-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Diana Patricia Barragan

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	Buen estado
Cama cuna	0	/
Cuna	0	/
Corral	0	/
Colchón	3	Buen estado
Colchón cama cuna	0	/
Cómoda	2	Buen estado
Ventilador	1	Buen estado
Coche	0	/
Almohadas	6	3 Regulares
Cubrelechos	6	3 Regulares
Sábanas	3	Regulares
Protector de colchón	3	Buen estado
Toldillo	0	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL
<p>la dotacion se encuentra en buen estado la mayoría de cosas.</p> <p>3 almohadas regulares, 3 cubrelechos regulares, 3 Sabanas regulares.</p>

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : _____

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:  _____

YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

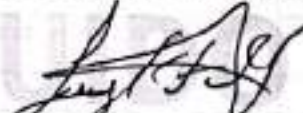
 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	26-02-2025	CENTRO ZONAL	Pitalito
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA Diana Patricia Barayan.			
	SI	NO:	
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	X		
		UNIDAD AAVN	LOTE
		Bienestarina	0002091858

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	X		Almacenada en recipiente transparente y tapa naranja.

<p>COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:</p> <p>Seguir con el consumo de este producto ya que es indispensable para el crecimiento y desarrollo humano.</p>

<p>FIRMA MADRE SUSTITUTA</p> 	<p>NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL</p> 
--	--



FUNDACIÓN 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: Consejo de Guacarallo / V. El Tigre.

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Se cuenta con la infraestructura adecuada y espacios adecuados para el bienestar de los usuarios en la unidad.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación	
Lucy Katolma Menezes Molina.	
Firma de la persona que realiza la verificación	
CC. 10017750847	TP. 10017750847
Celular: 315 6777819.	
Correo electrónico: trabajo social yo te cuido.pitubito@gmail.com.	

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño		

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos		

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Anayela Julio

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	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		

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yenni Tirado

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

	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	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		

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Laura Maria Rodriguez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]



**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**

VERSIÓN 1 FSYTC-0096- 01/08/2022

FECHA DE APROBACION: 01/09/2022

FECHA:

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Dana Patricia Barragán Renter

CENTRO ZONAL:

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Katalina Meneses

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 condisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:


FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 25/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☒	Tutor ☐
-----------------	---	--	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Social "Yo te ayudo"</u>	Dirección <u>Calle 1# 5 - 52</u> <u>B/ Trinidad.</u>	Teléfono <u>311 824 1198</u>
---	--	---------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Lucy Katalina Menezer Molina</u>	CC. <u>1007750847</u>	Celular <u>315 6777819</u>
--	--------------------------	-------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>31/01/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Lucy Katalina Menezer</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Social "Yo te ayudo"</u>
-----------------------------------	---	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Sanchez	Rojas	Gloria Patricia
Identificación: 36.288.958			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
Calle 3 # 5A - 16		/	3142618535
Barrio:		Correo electrónico:	
La Pradera		Paldin.rojas@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ 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	Niyuel Toro Vargas.	12/02/2011	1115.949.404	23588069	11-09-2024	Defensor Quintero Dr. Ariel Hernan Vargas
2	Alexander Semanate Plazas	24/01/2000	1004.411.813	23102888	12-07-2024	Defensor Quintero Dr. Ariel Hernan Vargas.
3	Sebastian Garzon Cuellar	23/07/2014	114.633.205	23588732	19-09/2024	Defensor Quintero Dr. Claudio Hernan Lopez
4	Kevin Matias Males Realpe	24/01/2020	1045.325.104	23588082	19-09-2024.	Defensor Quintero Dr. Javier Orlando Cuente.

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 3 de 10

5	Santa Sofia Alvaro Vallejo	ED/MIN/AA 31/07/2017	1083 929 544	23602874	ED/MIN/AA 12-04-2024	Defensor Civil Dr. Eladio Hernandez Lopez
---	-------------------------------	-------------------------	--------------	----------	-------------------------	--

* 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.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ No	Si No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ No	Si No	☒ No	☒ No	☒ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	Si No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Recibe atención psicosocial.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 4 de 10

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios cuentan con las condiciones adecuadas para su bienestar, contando con una alimentación adecuada, en cuanto a la educación todos se encuentran estudiando, menos el usuario Alexander Semanote por su discapacidad.

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ SI ☐ No	☐ SI ☒ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios Niyret Toro, Sebastian Garzon, Kevin Flutias y Alexander Semante no cuentan con encuentros biológicos, es decir no tienen contacto familiar. En cuanto a la niña Santa Sofia Alvaro tiene encuentros biológicos con su red familiar (materna). Alexander por su discapacidad no ejerce ninguna actividad.

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	☒		☒		☒		☒		☒	

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.

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 10

Observaciones:

No se presentan novedades en referencia a la documentación de los usuarios. Aun no se recibieron boletines de estudio ya que aún no culminan el primer periodo de clases.
Alexander Semanate no se encuentra estudiando por su discapacidad.

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)

Los usuarios cuentan con la dotación adecuada y necesaria para su desarrollo y crecimiento humano como también la dotación para el área educativa.
El único usuario que no tiene dotación escolar es el adolescente Alexander Semanate por su discapacidad.

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		

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 7 de 10

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		
Carta de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la documentación de la madre sustituta se encuentra al día. No se presenta ninguna novedad. Todo en orden.

/

Revisión de espacios: En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 8 de 10

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin orillas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dispensa	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 las Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

la vivienda cuenta con su infraestructura adecuada para el bienestar de los usuarios. No presenta ninguna novedad por registrar durante la visita. Todo en orden.

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 1501 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR****F14.MO4.P****27/07/2021****Versión 1****Página 9 de 10****5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)**

Confirmando que los compromisos de la madre sustituta Doña Gloria Patricia respecto a la visita están al día y cuenta con todo en orden para su realización.

En cuanto a la documentación de los usuarios están también al día y en orden lo que garantiza que los usuarios están al día con todo lo establecido. Todo en las condiciones adecuadas tanto de vivienda, educación y bienestar.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considere 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 1561 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 10 de 10

Actividades desarrolladas en la visita:

☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.

☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD

☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.

☐ Diálogo con miembros de la familia.

☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros

☒ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

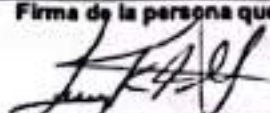
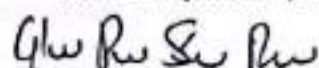
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias

☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.

☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
Luz Catalina Monereo Molina.		Gloria Patricia Sanchez	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
			
CC. 1007750847.	TP. 1007750847.	CC. 36288458 pto.	
Celular: 3156777819.		Celular: 3102601580	
Correo electrónico: lpmonereo@plabebg.com		Correo electrónico: patolin.rojas@hotmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL CBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Sebastian Garzon

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	3	Buena
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	2	Buena
Camisa	15	Buena
Blusa diario	4	Buena
Saco - Chaqueta	4	Buena
Calzoncillos o pants	10	Buena
Brasieres o formadores	0	Buena
Pantalón	6	Buena
Falda	0	/
Pijama	4	Buena
Pantalóneta (short bicicletero)	5	Buena
Pantalón de sudadera	4	Buena
Medias	10	Buena
Zapatos de diario	6	Buena
Chancletas	1	Buena

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

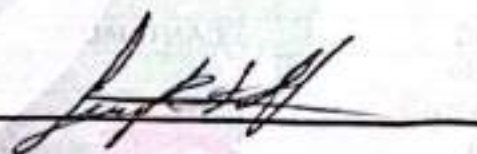
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	1
Vestido de baño (opcional)	1	Buena
Gorro para bebé -Llama dientes	0	1
Pañales desechables (por mes)	0	1
Cobertor	0	1
Toalla	2	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Kevin Matias Males

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	9	Bueno
Camisa	0	/
Blusa diario	0	/
Saco - Chaqueta	3	Bueno
Calzoncillos o pantis	4	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	2	Bueno
Falda	0	/
Pijama	2	Bueno
Pantalóneta (short bicicleta)	5	Bueno
Pantalón de sudadera	2	Bueno
Medias	8	Bueno
Zapatos de diario	5	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
 NIT: 901496702-9
 Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	1	Bueno
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	1	Bueno
Toalla	0	/

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Azalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Alexander Semanale.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	11	Bueno
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	7	Bueno
Camisa	4	Bueno
Blusa diario	0	/
Saco - Chaqueta	0	/
Calzoncillos o pantis	8	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	2	Bueno
Falda	0	/
Pijama	5	Bueno
Pantalóneta (short bicicleta)	5	Bueno
Pantalón de sudadera	10	Bueno
Medias	10	Bueno
Zapatos de diario	N/A	/
Chancletas	N/A	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

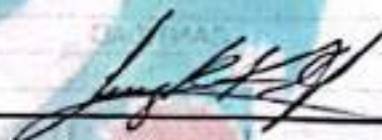
Cel. 3206193497

	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	3 pañales	pañales x 30 unidades
Cobertor	0	/
Toalla	4	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguno

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hulu
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Niyret Toro Vargas.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	/
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	0	/
Camisa	16	Bueno
Blusa diario	12	Bueno
Saco - Chaqueta	6	Bueno
Calzoncillos o pantis	6	Bueno
Brasieres o formadores	4	Bueno
Pantalón	4	Bueno
Falda	0	/
Pijama	3	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	2	Bueno
Pantalón de sudadera	2	Bueno
Medias	10	Bueno
Zapatos de diario	7	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

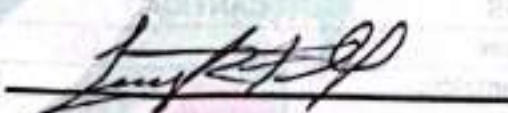
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	1	Buena
Gorro para bebé -Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	2	Buena

OBSERVACION GENERAL
Ninguno

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL</p> <p>YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACIÓN	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Aula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA- ADOLESCENTE:	Santa Sofia Alvar.

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	/
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	7	Bueno
Vestido de niño(a)	0	/
Camiseta interior	0	/
Camisa	0	/
Blusa diario	8	Bueno
Saco - Chaqueta	2	Bueno
Calzoncillos o pantis	8	Bueno
Brasieres o formadores	0	/
Pantalón	4	Bueno
Falda	0	/
Pijama	4	Bueno
Pantalóneta (short bicicletero)	1	Bueno
Pantalón de sudadera	0	/
Medias	9	Bueno
Zapatos de diario	3	Bueno
Chancletas	1	Bueno

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

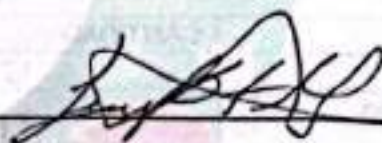
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	/
Vestido de baño (opcional)	0	/
Gorro para bebé --Llama dientes	0	/
Pañales desechables (por mes)	0	/
Cobertor	0	/
Toalla	1	Bueno

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Kevin

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Gloria S. R.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Ninguna.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Sarita Alvira

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Glenn R. S. R.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	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		
ELEMENTO	PERSONAL	
	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	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
Ninguno.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Nyiret Toro

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Glenn Rios Rios

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

FIRMA O HUELTA DEL USUARIO: _____
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Isabel Rios
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

OBSERVACION GENERAL
Ninguna.

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	
USO COMUN		
DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		

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	
PERSONAL		
DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Sebastian

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Gloria Rocio San Juan

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	25-02-2025
MADRE SUSTITUTA:	Gloria Patricia Sanchez.

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	4	2 Regular
Cama cuna	1	1
Cuna	2	Buen Estado
Corral	1	1
Colchón	4	Buen Estado
Colchón cama cuna	2	Buen Estado
Cómoda	4	Buen Estado
Ventilador	4	Buen Estado
Coche	2	Buen Estado
Almohadas	12	Buen Estado
Cubrelechos	5	Buen Estado
Sábanas	10	Buen Estado
Protector de colchón	10	Buen Estado
Toldillo	2	Buen Estado

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL

La unidad de servicio cuenta con la dotación necesaria para el bienestar de los usuarios.
Observación referente a las cumas ya que se evidencian 4 pero 2 están regulares.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Gloria Paez Saez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



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 Pultricia Sanchez

Dirección: Calle 3 #5A-26 / la pradera

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
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	



FUNDACIÓN 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.	✓	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilidad.	X	
30	La revere de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa vivir, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

La vivienda está condicionada para el bienestar de los usuarios.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Luz Catalina Nerees.

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 1009750847

TP. 1007750847

Celular: 3156337819.

Correo electrónico: trabajosocial@fundacion-social.org.co



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: 25 febrero 2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Gloria Patricia Sánchez Rojas

CENTRO ZONAL: Pitalito (Huila)

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: LUCY KATALINA MENESES MOLINA

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 jóvenes 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:

1.1. V. & D.

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 12/10/25

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☒	Tutor	☐
Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐		

Regional Hula Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Surq "Yo te cuido"	Cl 7a # 5-52 B. Trinidad.	3206227470

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny A. Quintero	1097397014	3206227470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita DD MM AAAA	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
31/01/25.	Jenny Alexandra Quintero.	Fundación Surq "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Hernandez.		Claudia Patricia
Identificación: <u>36 28 6 706.</u>			

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Dirección: Vereda Hacienda Laboyos.	Tel. Fijo N/A.	Celular 312 3590116
Barrio: Laboyos.	Correo electrónico: Claudia.Pertusa.Lernandez@69md.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	Laura Isabel Davado.	DD/MM/AA 7/10/20	1144627027339723		DD/MM/AA 7/10/23	Comunidad Acevedo. elos maulos.
2	Nilberto Andres Muñoz Gomez	DD/MM/AA 13/01/16	708885546		DD/MM/AA 23/01/25	Comunidad Santa Fe. tracy pere.
3	Dery Ydiana Muñoz Gomez.	DD/MM/AA 9/8/2013	108030933		DD/MM/AA 23/05/25	Comunidad Santa Fe. funa pere
4	Leyder Santiago Rodriguez	DD/MM/AA 24/12/14	1096916874	73668163	DD/MM/AA 5/07/18	Def/Explica myela Cordoba
5		DD/MM/AA			DD/MM/AA	

* Anule los renglones no utilizados

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1551 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Dani fue ubicada de una familia. Se encuentra en recuperación.
Los demás usuarios cuentan con vinculación a salud.

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 ICDF Y A LA LEY
1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Educación, se encuentran adelantando acciones. Actualmente se proyecta de Uda y contar con seguimiento y apoyo psico social. Por parte del operador.

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

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.

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

La casaria Laura Isabel Mantiene Comportamientos agresivos y mala convivencia dentro del hogar, no cuenta con ordenes biológicas y alta la documentación familiar, los niños distorsionados de ordenes perfectos y serios, expresan libremente sentimientos y emociones, realizan actividades de ocio.

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:

Los casarios cuentan con Carpeta debidamente ordenada y actualizada, se recomienda a la Senda ordenar temas de atención de Salud de los casarios.

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 1501 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

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)

Los usuarios cuentan con Dotación Personal, básica
 de aseo e higiene de acuerdo a lo
 establecido en el manual operativo.

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 SSSS		/	
Certificado de salud con vigencia de 1 año		/	
Constancia último grado de estudio		/	
Constancias de Capacitaciones*		/	
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*		/	
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar		/	
Carné de manipulación de alimentos		/	
Certificación primeros auxilios		/	
Carpeta de visitas al Hogar		/	

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La Señora Claudia refiere que la Carpeta se
 encuentra en revisión del ICBF. Por lo que
 se le reitera la importancia de la Realización de
 con los Agentes Substitutos y actualizadores.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará 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



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

ya mismo se le orienta que se reanuda la de
la fundación para que sea como base de la
documentación requerida.

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:

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 YA LA LEY
1591 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

La ciudad de Sucre Centro con Condición,
tratar para la habitabilidad de la usuaria.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Para Isabel: se encuentra por el servicio de urgencias debido a que presenta comportamientos agresivos se espera que lo remitan clínica psiquiátrica, se recomienda estar pendiente de lo que requiere la usuaria.

Por lo tanto se encuentra asistiendo a citas médicas correspondientes ha iniciado un buen proceso de adaptación. Deberá y mantenerse en contacto con Salud. Se recomienda a la madre garantizar atención correspondiente a las necesidades de los usuarios.

Como compromiso organizar carpeta de la madre sustituta.

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.

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☐ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Jenny Alexandra Gutierrez	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Claudia Patricia Hernandez
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita
CC: 997347014 TP: 66100	CC: 36286706
Celular: 3206227470	Celular: 313590116
Correo electrónico: chosi-16411@bchm.gov.co	Correo electrónico: Claudia.Patricia.Hernandez26@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1591 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-25
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Laura Isabel Duado

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	0
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	
Vestido de niño(a)	0	
Camiseta interior	0	
Camisa	3	
Blusa diario	1	
Saco - Chaqueta	1	
Calzoncillos o pantis	3	
Brasieres o formadores	10	
Pantalón	5	
Falda	5	
Pijama	3	
Pantalóneta (short bicicleta)	4	
Pantalón de sudadera	3	
Medias	4	
Zapatos de diario	2	
Chancletas	1	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	
Vestido de baño (opcional)	1	
Gorro para bebé --Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	0	
Cobertor	0	
Toalla	1	

OBSERVACION GENERAL
Se evidencia buena dotacion en ropa de la usuaria.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hubi		
CENTRO ZONAL:	Pitalito		
MUNICIPIO:	Pitalito		
FECHA:	27-02-25		
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA-ADOLESCENTE:	Nurberto Andres Munoz		

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	
Vestido de niño(a)	0	
Camiseta interior	0	
Camisa	2	
Blusa diario	1	
Saco – Chaqueta	3	
Calzoncillos o pantis	2	
Brasieres o formadores	2	
Pantalón	3	
Falda	0	
Pijama	2	
Pantaloneta (short bicicletero)	0	
Pantalón de sudadera	1	
Medias	3	
Zapatos de diario	1	
Chancletas	1	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	
Vestido de baño (opcional)	0	
Gorro para bebé --Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	0	
Cobertor	0	
Toalla	1	

OBSERVACION GENERAL
Ninguna

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO DOTACION PERSONAL</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 2</p>

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	Hila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Huitalo
FECHA:	2702-25.
NOMBRE DEL NIÑO-NINA-ADOLESCENTE:	Perly Yuliana Muñoz

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	0	
Vestido de niño(a)	0	
Camiseta interior	0	
Camisa	1	
Blusa diario	1	
Saco – Chaqueta	3	
Calzoncillos o pantis	2	
Brasieres o formadores	2	
Pantalón	3	
Falda	3	
Pijama	1	
Pantalóneta (short bicicletero)	0	
Pantalón de sudadera	3	
Medias	2	
Zapatos de diario	1	
Chancletas	1	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	
Vestido de baño (opcional)	0	
Gorro para bebé -Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	0	
Cobertor	0	
Toalla	1	

OBSERVACION GENERAL
Conte con poca dotación debido a la fecha de ingreso.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



FORMATO DOTACION PERSONAL

FECHA DE
APROBACION

01/08/2022

Versión 1
FSYTC-026-
01/08/2022

Página 1 de
2

1. DATOS GENERALES

REGIONAL:	
CENTRO ZONAL:	Hilos
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	27-02-24
NOMBRE DEL NIÑO-NIÑA- ADOLESCENTE:	LEIDA Santiago. Rodriguez

2. ELEMENTOS PERSONALES

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Vestido de bebé	0	
Conjuntos (pantalón, camisa, blusa)	5	
Vestido de niño(a)	1	
Camiseta interior	3	
Camisa	3	
Blusa diario	1	
Saco - Chaqueta	5	
Calzoncillos o pantis	15	
Brasieres o formadores	0	
Pantalón	10	
Falda	0	
Pijama	5	
Pantalóneta (short biciletero)	0	
Pantalón de sudadera	3	
Medias	15	
Zapatos de diario	1	
Chancletas	2	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO DOTACION PERSONAL	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

Baberos	0	
Vestido de baño (opcional)	1	
Gorro para bebé --Llama dientes	0	
Pañales desechables (por mes)	0	
Cobertor	1	
Toalla	1	

OBSERVACION GENERAL
leydo cuenta con buena dotación, en buen estado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
La Cuarta Celda Con dotacion de aseo e Higiene.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Leider Santiago

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Marta P. Hernandez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	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	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 PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Se evidencia adecuada dotacion de aseo e higiene

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Norberto Muñoz

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Claudia Patricia Hernandez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	<p>Página 3 de 4</p>

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
	PERSONAL	
ELEMENTO	SI	NO
dental	X	
dental	X	
de Afeitar		X
ante	X	
higiénicas	X	
o cepillo	X	
cas dos unidades por cada	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE (1) A DOS (2) AÑOS		
	USO COMUN	
ITEM	SI	NO
la manos y cuerpo	X	
dor solar	X	
dental	X	
giénico	X	
bacterial	X	
betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL	
evidencia la dotación acorde a las necesidades del niño.	
HUELLA DEL USUARIO:	Daily Muñoz
NOMBRE MADRE SUSTITUTA:	Claudia Patricia H.
EL PROFESIONAL QUE VERIFICO:	

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	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		X
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

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	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Laura Isabel Arango

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Claudia Patricia Hernandez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Signature]



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: Claudio Patricia Hernandez

Dirección: Vereda Llanos.

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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	

OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación

Jenny Alexandra Quintana

Firma de la persona que realiza la verificación

CC. 1097357014

TP. 166106

Celular: 3206727420

Correo electrónico: alexa-66911@hotmail.com

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Heila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	27-02-25
FECHA:	27-02-25
MADRE SUSTITUTA:	Claudia Patricia Hernandez

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	
Cama cuna	1	
Cuna	0	
Corral	0	
Colchón	3	
Colchón cama cuna	3	
Cómoda	0	
Ventilador	2	
Coche	0	
Almohadas	4	
Cubrelechos	0	
Sábanas	5	
Protector de colchón	2	
Toldillo	0	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL

la Señora Claudia refiere. que necesita
coluneros para la ropa de usuarios.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Claudia Patricia Hernandez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: _____



YO TE CUIDO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27-02-25	CENTRO ZONAL	Pitalito.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Claudia Patricia Hernandez.			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
			LOTE
			FECHA DE VENCIMIENTO
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
YO TE CUIDO		YO TE CUIDO	

	FORMATO DE CARTA U OFICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYC-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**

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 4 del COMPONENTE TÉCNICO.

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 28 de febrero del 2025, se llevó a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio:

1. Municipio de Pitalito: los días 26/27/28 de febrero 2025 – 12 UDS
2. Municipio de la plata: los días 10/11/12/13/14 de febrero 2025 – 11 UDS
3. Municipio de Garzón: los días 27/28 de febrero 2025 – 13 UDS

No	PITALITO	GARZON	LA PLATA
	12 UDS	13 UDS	11 UDS
1	YENNI ANDREA ROJAS RAMOS	CLARA INES ROJAS CUMBE	ANA MILENA VALENCIA LOSADA
2	MIREYA PUENTES PARRA	FANNY CEDIEL DE FERNANDEZ	DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ
3	LUZ NELLY URBANO	MARLENY FRAGUA POVEDA	ELVIA YOLIMA SANCHEZ CAUPAZ
4	YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA	MIRIAM ALMARIO CALDERON	FRANCY YORLAY NIETO COTACIO
5	MARYEN LUCIA NARVEZ	ONEIDA SUAREZ ANDRADE	LEIDY CONSTANZA GOMEZ ARDILA
6	PAULA ALEJANDRA RIVERA	ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS	WILSON CALDERON USECHE
7	DIANA PATRICIA BARRAGAN	OLGA LUCIA TRIANA CASAS	OLGA BEATRIZ SOLORZANO CARDOZO
8	GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS	VIANEY GALINDO	MIREYA CHIMBACO MARIN
9	YUDIS PAOLA HOYOS OSORIO	PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA	ROSALBA SERRATO VARGAS
10	OMAIRA DIAZ MOLINA	ANA MILENA FRAGUA	YOHAIARA ARANDIA MARTINEZ
11	MADY YURANI PABON VILLADA	YENNY MARCELA SIERRA ROJAS	MARISANDA DORADO QUIJANO
12	CLAUDIA PATRICIA HERNANDEZ	STEFANNY GUEVARA GARCES	
13		MIREYA CRUZ VALENZUELA	
14			

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497**

	FORMATO DE CARTA U OFICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

Jornadas en las cuales se verifico las condiciones de las unidades de servicio, 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.

Neiva -05 marzo de 2025

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y proyectado por:



Paola Andrea Marin - coordinadora



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

	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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 4 del COMPONENTE TÉCNICO.

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 28 de febrero del 2025, se llevó a cabo verificación de los registros de experiencia a todos los usuarios, donde se evidencia que se han planteado avances, logros, experiencias, dificultades, intereses, salud, educación, etc., a cada niño, niña y adolescente de los municipios de La Plata, Pitalito y Garzón.

REGISTRO DE EXPERIENCIAS							
GARZON		LA PLATA		PITALITO			
B.S.R	M.A.S.G	A.L-R	L.F.P	M.I.S.H	E.M.S	L.I.D	O.S.M
C.G.M	M.F.G	A.J.R	L.F.P.Q	D.L.R.C	E.M.S	L.M.B	P.J.A
J.C.S	S.N.M	C.D.A	J.C.P.Q	T.I.C.V	E.M.M	L,S,R	S.S.A
J.S.E		D.Y.S.H	N.C.M	K.V	F.G	L,A,O	S.S.A
J.D.H		J.A.P	M.G.		F.G	L.C.P	S.G.C
L.S.S.G		J.F.A	S.T.M		H.S.S	L.S.U	S.M.C
L.G.M		J.S.J	V.Y.E		H.V.P	L.S.U	Y.E.S
L.S.M.V		K.C	W.D.C		J.C.M	M.J.S	Y.P.T
L.A.S.V		J.J.P	M.A.A		K.T.A	N.T.V	Y.P.M
M.G.A.G		K.D.C	Y.D.S.H		K.M.R		

Neiva -05 marzo de 2025

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y proyectado por:

Paola Andrea Marin - coordinadora

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 1 de 5

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 2	
Hora: 4:00 p. m	Fecha: 17 de febrero de 2025
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:	Fortalecer las habilidades y conocimientos de los participantes en la gestión y administración de los recursos financieros en hogares sustitutos, para garantizar la sostenibilidad y calidad de los servicios ofrecidos
Agenda: <ul style="list-style-type: none"> • Saludo de Bienvenida • Información general • Desarrollo temático • Desarrollo de preguntas o inquietudes. • Compromisos 	
Saludo de Bienvenida: Dando cumplimiento al encuentro siendo el día lunes 17 de febrero a las 4:00 de la tarde las madres sustitutas se presentan en la sede de la fundación social yo te cuido Pitalito para el segundo encuentro de cualificación dando desarrollo a taller denominado: Aspectos presupuestales de la modalidad: beca, cuota de sostenimiento, dotación y gastos de emergencia. se brinda caluroso saludo de bienvenida donde se interactúa con las madres sustitutas se abren espacio de cordialidad donde se comparte de manera sociable conocimientos y experiencias	
Información General: Seguidamente se abre espacio donde se suministra información general para las madres sustitutas, se despejan dudas en procesos de índole general	
Desarrollo: En esta ocasión se lleva a cabo jornada formativa con el objetivo de fortalecer a las madres sustitutas en el conocimiento de las cuotas de sostenimiento, becas y gastos por emergencia en ese sentido se socializa información general: En la modalidad de Hogar Sustituto del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) , las madres sustitutas o los cuidadores reciben diferentes tipos de apoyos y recursos económicos para garantizar que puedan ofrecer un entorno seguro y adecuado para los niños que están bajo su cuidado. A continuación, te explico los aspectos presupuestales que incluyen becas, cuota de sostenimiento, dotación y gastos de emergencia:	
1. Beca <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: La beca es una ayuda económica destinada a garantizar que las madres sustitutas tengan acceso a formación y capacitación. Esta formación tiene como fin mejorar las habilidades de crianza y el manejo de situaciones complejas que puedan presentarse en el hogar sustituto. • Monto: La beca varía dependiendo de las políticas del ICBF y los programas de capacitación disponibles en cada momento. Generalmente, se ofrece para cursos o talleres que proporcionan herramientas sobre el cuidado infantil, manejo del estrés, salud mental y emocional, entre otros temas clave. • Uso: El uso principal de la beca es para gastos educativos y de formación, de manera que la madre sustituta pueda desempeñar su labor de manera más profesional y con mejores herramientas para la crianza. 	

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 2 de 5

2. Cuota de Sostenimiento

- **Objetivo:** La cuota de sostenimiento es un apoyo económico mensual que se otorga a las madres sustitutas para cubrir los gastos básicos relacionados con el cuidado de los niños en situación de vulnerabilidad. Esta cuota es fundamental para asegurar que las madres sustitutas puedan ofrecer un ambiente adecuado, tanto en términos de alimentación como en los aspectos básicos de la vida diaria.
- **Monto:** El monto de la cuota de sostenimiento varía dependiendo de la cantidad de niños que estén a cargo de la madre sustituta y de las políticas del ICBF. El ICBF establece un valor mensual para cubrir necesidades esenciales como la alimentación, la vestimenta y otros gastos básicos del hogar.
- **Uso:** La cuota debe utilizarse principalmente para cubrir los costos relacionados con la crianza, como la compra de alimentos, ropa, materiales educativos, transporte y otras necesidades diarias de los niños.

3. Dotación

- **Objetivo:** La dotación se refiere a los recursos y materiales proporcionados por el ICBF para asegurar que el hogar sustituto esté adecuadamente equipado. Esto incluye la entrega de productos necesarios para el cuidado de los niños, como ropa, productos de higiene, artículos escolares, entre otros.
- **Monto y tipo de dotación:** Los detalles sobre la dotación específica pueden variar, pero generalmente incluye lo siguiente:
 - o Ropa y calzado para los niños.
 - o Materiales didácticos y educativos (por ejemplo, libros, cuadernos, útiles escolares).
 - o Productos de higiene personal (jabón, toallas, pañales, entre otros).
 - o Artículos básicos para el hogar, como camas, sábanas y utensilios de cocina, si fuera necesario.
- **Uso:** La dotación está destinada a asegurar que el hogar sustituto cuente con los recursos adecuados para el cuidado y la educación de los niños. Estos elementos contribuyen a la creación de un ambiente adecuado para su desarrollo.

4. Gastos de Emergencia

- **Objetivo:** Los gastos de emergencia cubren situaciones imprevistas o urgentes que puedan surgir durante el tiempo que los niños estén bajo el cuidado del hogar sustituto. Estos pueden incluir emergencias médicas, reparaciones imprevistas en el hogar, o situaciones que requieran atención inmediata.
- **Monto:** El ICBF establece un monto específico destinado a cubrir estos gastos, dependiendo de la naturaleza de la emergencia. En algunos casos, puede ser un fondo flexible que las madres sustitutas pueden solicitar en caso de necesidad.
- **Uso:** Estos fondos están destinados a situaciones excepcionales y urgentes, como atención médica inesperada para los niños, gastos relacionados con accidentes o enfermedades, y otros imprevistos que puedan afectar el bienestar de los niños bajo el cuidado de la madre sustituta. También puede incluir reparaciones importantes en el hogar, como la reparación de un electrodoméstico esencial o una estructura del hogar que deba ser atendida de manera inmediata.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Para concluir la sesión se socializa tabla de valores presupuestales para el año 2025 que empezó a regir en el mes de febrero



Modalidad	Cupo	Cuota de sostenimiento	Dotación	Gastos de emergencia	Costos Operativos	SUB TOTAL	BRCA	TOTAL
Viviendo	ICBF DIRECTO	\$ 345.000,00	\$ 333.000,00	\$ 111.953,00	\$ 0,00	\$ 1.174.953,00	\$ 474.500,00	\$ 1.649.453,00
Desempleado	ICBF DIRECTO	\$ 1.010.000,00	\$ 240.481,00	\$ 123.800,00	\$ 0,00	\$ 1.429.481,00	\$ 711.750,00	\$ 2.129.231,00
Viviendo	ONG	\$ 345.000,00	\$ 166.000,00	\$ 104.000,00	\$ 148.390,00	\$ 1.000.487,00	\$ 474.500,00	\$ 1.471.987,00
Desempleado	ONG	\$ 345.000,00	\$ 204.000,00	\$ 126.000,00	\$ 629.000,00	\$ 1.079.000,00	\$ 711.750,00	\$ 2.844.750,00
Total	ONG	\$ 1.040.000,00	\$ 216.600,00	\$ 126.000,00	\$ 629.000,00	\$ 1.819.000,00	\$ 711.750,00	\$ 2.530.750,00

Aplica a partir del 01 de febrero 2025

Conclusiones y recomendaciones

- **Beca:** Ayuda económica para la capacitación y formación continua de las madres sustitutas.
- **Cuota de Sostenimiento:** Apoyo económico mensual para cubrir las necesidades básicas de los niños (alimentación, vestimenta, educación, etc.).
- **Dotación:** Materiales y recursos proporcionados por el ICBF para asegurar que el hogar sustituto esté bien equipado (ropa, materiales escolares, productos de higiene, entre otros).
- **Gastos de Emergencia:** Fondo destinado a cubrir imprevistos o situaciones de emergencia, como gastos médicos urgentes o reparaciones necesarias en el hogar.

En conjunto, estos aspectos presupuestales buscan proporcionar a las madres sustitutas los recursos necesarios para que puedan desempeñar su labor de manera adecuada y ofrecer un entorno de cuidado y protección para los niños que requieren de este servicio.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.