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

### 1. DATOS GENERALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA INFORME:** | 1 AL 31 DE MARZO 2025 | **NUMERO DE CONTRATO:** | 41006922024 del 28/12/2024 | | |
| **NUMERO DE CUPOS CONTRATADOS :** | 118 | **VULNERACION:** | 95 | **DISCAPACIDAD:** | 23 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **MODALIDAD DE ACOGIMIENTO FAMILIAR-** HOGAR SUSTITUTO **VULNERACION** | | **NUMERO DE CUPOS ATENDIDOS DURANTE EL MES:** | 105 | | |
| | | **INGRESOS DE NNA DURANTE EL MES:** | 9 | **EGRESOS DE NNAJ DURANTE EL MES:** | 10 |
| **JORNADA DE ATENCIÓN VULNERACION** | 24/7 | **VALOR CUPO/MES CUPOS UTILIZADOS:** | 94 | **$** | **182.853.033** |
| **VALOR LIQUIDADO POR MES** | **$ 183.567.074** | **VALOR CUPO/MES CUPOS NO UTILIZADOS:** | 1 | **$** | **714.041** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **MODALIDAD DE ACOGIMIENTO FAMILIAR-** HOGAR SUSTITUTO **DISCAPACIDAD** | | **NUMERO DE CUPOS ATENDIDOS DURANTE EL MES:** | 23 | | |
| | | **INGRESOS DE NNA DURANTE EL MES:** | 0 | **EGRESOS DE NNAJ DURANTE EL MES:** | 0 |
| **JORNADA DE ATENCIÓN DISCAPACIDAD** | 24/7 | **VALOR CUPO/MES CUPOS UTILIZADOS:** | 22 | **$** | **56.761.863** |
| **VALOR LIQUIDADO POR MES** | **$ 57.637.646** | **VALOR CUPO/MES CUPOS NO UTILIZADOS:** | 1 | **$** | **875.783** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL LIQUIDADO VULNERACION Y DISCAPACIDAD POR MES:** | **$ 241.204.720** |

### 2. DATOS CONTRATISTA

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS CONTRATISTA:**<br>FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO<br>REPRESENTANTE LEGAL DE YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA | **DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**<br>**NIT: 901496702-9**<br>**Cédula No. 36.347.141** |
| **DIRECCION:** CALLE 7 # 2E-03 SANTA CLARA-GARZÓN<br>CALLE 1A # 5-52 TRINIDAD-PITALITO<br>CALLE 13 # 5-34 VILLA DEL PRADO -LA PLATA | **Correo electronico:** fundacionsocialyotecuido@gmail.com<br>representantelegalyotecuido@gmail.com |

### 3. INFORMACION FINANCIERA

| | |
|---|---|
| **Valor inicial del contrato:** | $ 1.506.302.479 |
| **Valor adicional del contrato:** | $ 31.400.430 |
| **Valor total del contrato:** | $ 1.537.702.909 |
| **NUMERO DE CUENTA:** | 45400004852 |
| **ENTIDAD BANCARIA:** | BANCOLOMBIA |
| **TIPO DE CUENTA:** | MAESTRA AHORROS |

FORMA DE PAGO: El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) un giro de alistamiento durante los primeros 10 días hábiles del mes de abril por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de abril presentando los siguientes documentos: (1) Certificación Bancaria. (2) Aprobación de Garantía. (3) Acta de Inicio y (4) Los exigidos en la resolución 5360 de 2023 que apliquen teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. (ii) Siete (7) desembolsos mensuales vencidos, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique) de los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. (7) Cuenta de cobro o factura (según aplique). (8) Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. (iii) El aporte correspondiente al mes de noviembre, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente. PARAGRAFO PRIMERO: De conformidad a lo establecido en el literal D numeral segundo del artículo 2 de la resolución 3944 de 2022 en la que se establece: "excepcionalmente y previa autorización escrita por parte del supervisor del contrato, se podrá autorizar que, por una única vez, el último desembolso realizado a la cuenta maestra del operador pueda ser girado a la cuenta auxiliar, para que de allí se traslade dicho recurso a una cuenta bancaria del operador en la que maneje recursos propios". (Solo aplica para los contratos que requieran cuenta maestras) PARAGRAFO SEGUNDO: Para el último desembolso en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar el certificado expedido por el supervisor del contrato, de la devolución de los bienes muebles devolutivos adquiridos durante la ejecución del contrato, con recursos del ICBF, adjuntando copia del (los) comprobante (s) de ingreso al almacén del ICBF de dichos bienes y acta de devolución y recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios con el paz y salvo por todo concepto de servicios públicos, impuestos, tasas, contribuciones, valorización, etc. PARAGRAFO TERCERO: Para el informe de atención a usuarios (as), se utilizará el criterio del valor cupo/mes en relación con los conceptos de cupo utilizado y no utilizado. Por los días de ingreso y egreso de cada usuario (a) se reconocerá el valor correspondiente a medio día. PARÁGRAFO CUARTO: Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento de cada mensualidad, una vez se cuente con disponibilidad del Plan Anual de Caja – PAC y previa certificación de cumplimiento expedida por el Supervisor del contrato para el efecto. PARÁGRAFO QUINTO: El supervisor verificará la ejecución real de cupos en relación con aquellos contratados, y de encontrarse que no se utilizó la totalidad de los cupos, reconocerá durante toda la ejecución del contrato el cien por ciento (100%) del costo fijo de los cupos contratados y no ejecutados. Cuando se autorice la adición de cupos, el ICBF deberá realizar un giro de alistamiento correspondiente a un mes del valor de los cupos adicionados. Así mismo, a partir del tercer mes en caso de continuar las inejecuciones, el Supervisor deberá analizar si se debe realizar la reducción de los cupos contratados PARÁGRAFO SEXTO: El CONTRATISTA no podrá en ningún mes de contrato ejecutar con recursos del ICBF (incluido el alistamiento) un mayor valor del que se va a reconocer en el mes por cupos atendidos y costo fijo y que estos no superen los contratados. El recurso asignado para el alistamiento no podrá ser utilizado en gastos cuyo lineamiento de programación establece que será por adición del contrato. El valor cupo mes cubre lo establecido en los documentos técnicos para la atención de las adolescentes y jóvenes que ingresan a procesos de atención en cumplimiento de medidas o sanciones del proceso judicial del Sistema de Responsabilidad Penal - SRPA o en medidas de restablecimiento en administración de justicia, por presunta comisión de delitos y afectaciones en el ejercicio de sus derechos, de acuerdo con su respectivo clasificador del costo. El ICBF reconoce dentro del valor cupo mes, solamente lo establecido en los clasificadores del costo. En caso de que el CONTRATISTA haya cubierto la totalidad de los bienes y servicios mensuales mínimos requeridos y quedara un saldo de los recursos del ICBF, el contratista podrá utilizar dicho saldo para proveer mayores cantidades de bienes o servicios de aquellos reconocidos dentro de los clasificadores del costo aprobados para la modalidad. Para la utilización de estos recursos el CONTRATISTA deberá contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato. De lo anterior, el CONTRATISTA debe dar cuenta en los respectivos soportes financieros. PARAGRAFO SEPTIMO: En los casos, que por orden de la autoridad judicial se otorguen permisos o autorizaciones que impliquen que el adolescente o joven se ausente de la modalidad hasta por 15 días, y no está siendo atendido por otro CONTRATISTA de la misma modalidad u otra en otra regional, se reconocerá el valor del costo fijo correspondiente. PARRAGRAFO OCTAVO: En los casos que por orden médica el adolescente o joven se deba ausentar de la modalidad, se reconocerá el valor del cupo mes por el primer mes de hospitalización, a partir del primer día del mes siguiente se reconocerá el valor del costo fijo. En los casos anteriores el equipo interdisciplinario del contratista deberá dar continuidad al proceso de atención para el restablecimiento de derechos. PARÁGRAFO NOVENO: En el caso eventual que se presenten casos inherentes a la atención de los adolescentes y jóvenes atendidos en la modalidad establecida en este contrato, podrán ser cubiertos mediante adiciones (en los casos que aplique) al presente contrato previa autorización del supervisor de este. PARÁGRAFO DECIMO: Los desembolsos se harán previo cumplimiento de las obligaciones contractuales y de conformidad con lo establecido en la Resolución N°5360 de 2023, o aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, por medio de la cual se actualizan, establecen y unifican los requisitos y documentos soporte para el desembolso de las obligaciones contraídas por el ICBF. PARÁGRAFO DÉCIMOPRIMERO: El cumplimiento de todas las obligaciones descritas en el presente contrato será indispensable para que se efectúe el

### 4. OBJETO DEL CONTRATO

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

### 5. DATOS DEL SUPERVISOR

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

| Cumplimiento de Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión (i) | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|
| **EJE DE CALIDAD** | | | |
| 1) Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios | **SI** | • F8.P1.MI Formato Listado de Asistencia<br>• F9.P1.MI Formato Acta de Reunión o Comité A1.G7.ABS (Primer informe de supervisión y cuando se realice cambios en el talento humano carácter técnico misional) | Durante el mes de marzo para el contrato # 41006922024 si hubo cambios en el talento humano de La Fundación Social Yo Te Cuido. Se adjunta acta. |
| 2) Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio. | **SI** | Evidencia: encuestas de satisfacción que debe ser realizadas a los 30 días del ingreso y después cada 3 meses de acuerdo con el ingreso de cada usuario del mes que se está revisando. | Durante el mes de marzo del 2025 no se realizaron encuestas, debido que se realiza trimestral y la última acta aplicada fue en el mes de enero del 2025. |
| 3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio. | **N/A** | Evidencias: Formato Acciones de Mejora v3 F2.G7.ABS | Durante el mes de marzo del 2025, no se presentaron requerimientos en ninguna de las sedes: Garzón La Plata y Pitalito. Por lo tanto se genera certificación. |
| 4) Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto contractual. | **SI** | Acta de apertura del buzon de sugerencias e informe enviado(se verifica que cuenta con un metodo definido y documentado) | La Fundación Social Yo Te Cuido, anexa las actas de apertura del buzon de sugerencias por cada municipio (GARZON, LA PLATA Y PITALITO) en el mes de marzo. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION** | | | |
| 1) Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato | **SI** | Al inicio del contrato y lo firma solo el Representante Legal<br><br>Compromiso de confidencialidad. Formato Compromiso de Confidencialidad v7 F5.G7.ABS | Una vez se dió inicio al contrato de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, La Plata y Pitalito, se procedió a la firma del formato de confidencialidad por parte de todo el talento humano dispuesto para la prestación del servicio.<br>Del mismo modo, La Representante Legal de La Fundación Social Yo Te Cuido, realizó firma y entrega del compomiso de confidencialidad de la informacion para el presente contrato # 41006922024 del 30 de diciembre del 2024 al 30 de junio del 2025. Se adjunta formato Compromiso de Confidencialidad v7 F5.G7.ABS. |
| 2) Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato | **SI** | En el momento que se materialice un incidente. Formato Reporte de Incidentes de Seguridad de la Información v2 F6.G7.ABS. Una vez sea notificado el supervisor del contrato del incidente de seguridad de la información presentado, este deberá reportarlo a través de los canales autorizados por el ICBF, los cuales son: línea 018000 91 34 34, correo electrónico mis@icbf.gov.co o extensión IP 8080, quienes ejecutarán el procedimiento correspondiente para la gestión de incidentes de seguridad de la información. En caso de no presentarse incidentes de seguridad durante cada periodo de certificación, se debe incluir un párrafo en el informe técnicoy certificación, en el cual se aclare que durante el periodo no se presentaron incidentes de seguridad. | Durante el periodo comprendido del mes de marzo, no se presentó ningún incidente de seguridad que pudiera afectar la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información de las sedes de GARZÓN, LA PLATA Y PITALITO.<br>Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal de La Fundación Social Yo Te Cuido. |
| 3) Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este. | **SI** | Al inicio del contrato<br><br>Plan de recuperación y contingencia. Formato Plan de Recuperación y Contingencias v2 F25.G7.ABS | Se carga el Formato Plan de Recuperación y Contingencias v2 F25.G7.ABS, para las sedes de: GARZÓN, LA PLATA Y PITALITO, ante la presencia de cualquier evento que pueda afectar el cumplimiento de la ejecución del presente contrato # 4100692024 del 30 de diciembre del 2024 al 30 de junio del 2025 de La Fundación Social Yo Te Cuido. |
| 4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del<br>objeto del contrato. | **NA** | Segundo y último mes de ejecución.<br><br>Certificación de cumplimiento firmada por el supervisor del contrato Formato Cumplimiento de Política de Seguridad de la Información v3 F4.G7.ABS | Se carga formato F4 firmado por cada una de las supervisoras de las sedes de Garzón, La PLata y Pitalito y se adjunta formato F43 de cada sede del contrato # 41006922024 del 30 de diciembre del 2024 al 30 de junio del 2025 de La Fundación Social Yo Te Cuido. |
| **EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** | | | |
| 1) Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente | **SI** | Al inicio del contrato<br>Formato Certificación del Representante de Seguridad y Salud en el Trabajo v2 F26.G7.ABS, con sus respectivos soportes como la licencia Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo - Acta de Socialización " ( Primer seguimieto de supervisión) | La Fundación Social Yo Te Cuido cuenta con un Representante en Seguridad y Salud en el Trabajo quien cumple con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente, # 41006922024 del 30 de diciembre del 2024 al 30 de junio del 2025.<br>Se anexa certificación. |
| 2) Presentar matriz con la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato. | **SI** | Al inicio del contrato<br>Formato Matriz de Peligros Evaluación Valoración Riesgos v1 F27.G7.ABS | La Fundación Social Yo Te Cuido cuenta con una matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato # 41006922024 del 30 de diciembre del 2024 al 30 de junio del 2025.<br>Se anexa formato v1 F27.G7.ABS. |
| 3) Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. | **SI** | Al inicio del contrato e ingreso de personal nuevo<br>• F8.P1.MI Formato Listado de Asistencia<br>• F9.P1.MI Formato Acta de Reunión o Comité A | En el mes de marzo del año 2025, para el contrato # 41006922024 del 30 de diciembre del 2024 al 30 de junio del 2025, se realizó la inducción en seguridad y salud en el trabajo a los colaboradores que ingresaron en el mes de marzo, se adjunta acta. |
| 4) Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del<br>contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades. | **SI** | Formato Matriz de EPP v1 F28.G7.ABS<br>Formato Entrega de EPP v1 F29.G7.ABS firmado por los trabajadores | Para el mes de marzo se anexa formato F28.G7.ABS de la matriz de elementos de protección personal se adjunta el formato F29.G7.ABS de entrega de elementos de proteccion para las sedes de: GARZÓN, LA PLATA Y PITALITO. |
| 5) Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato. | **SI.** | De manera mensula presente Certificado Cerificado medico Ocupacional, el cual reposa en la carpeta de la hoja de vida del talento humano, vigencia 3 años | Se adjunta certificado donde se hace constar que todo el talento humano del operador Fundacion Social Yo Te Cuido, cuenta con los conceptos médico ocupacional en cada una de las hojas de vida de las sedes de GARZÓN, LA PLATA Y PITALITO. |
| 6) Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias. | **SI** | De manera mensual Plan de Prevención y l operador cuando realice actividades fuera de las instalaciones del ICBF debe contar con su plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, denominado plan de emergencias y contingencias - Formato Elaboración Plan de Emergencias y Simulacro v2 F32.G7.ABS | La Fundación Social Yo Te Cuido, anexa el formato de la Elaboración Plan de Emergencias y Simulacro .F32.G7.ABS de cada sede: GARZÓN, LA PLATA Y PITALITO. |
| **EJE DE GESTION AMBIENTAL** | | | |
| 1) Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad. | **SI** | De manera semestral -Formato Cumplimiento de las Buenas Prácticas Ambientales v1 F33.G7.ABS | En el mes de marzo del año 2025, se anexa formato de certificación y cumplimiento de la política ambiental y buenas prácticas ambientales del ICBF formato F33.G7.ABS., de las sedes de GARZÓN, LA PLATA Y PITALITO. |
| 2) Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio | **SI** | Verifique en el primer informe mensual y semestral Copia del acto administrativo del permiso y/oautorización.<br>• Evidencias de cumplimiento de los requisitos definidos en el permiso y/o autorización, tales como: estudios ambientales, caracterizaciones de vertimientos, reportes de generación de residuos, mantenimientos, compensaciones, entre otras. | La Fundación Social Yo Te Cuido, cuenta con los conceptos sanitarios vigentes para las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, la Plata Y Pitalito.<br>Por lo anterior, se anexa conceptos sanitarios. |
| 3) Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente | **SI** | De manera semestral Matriz de compatibilidad, inventario de productos químicos, hojas de seguridad, lista de chequeo manejo seguro de sustancias químicas.<br>Formato Manejo Seguro de Sustancias Químicas v1 F35.G7.ABS -utilización del inventario de sustancias químicas, matriz de compatibilidad, hojas de seguridad, las cuales deben estar impresas, con el rombo de seguridad a color y con los 16 datos según la normativa vigente . | Se adjunta formato del ICBF F35.G7.ABS manejo adecuado de productos químicos utilizados para la ejecución del contrato # 41006922024 del 30 de diciembre del 2024 al 30 de junio del 2025. De las sedes: GARZÓN, LA PLATA Y PITALITO. |
| 4) Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente. (aplica solo en caso de que se manejen combustibles en la unidad de servicio). | **N/A** | De manera semestral<br>Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos. Formato Certificación Manejo Seguro de Combustible v1 F36.G7.ABS | En el mes de marzo del año 2025 La Fundación Social Yo Te Cuido emite certificación ya que ninguna de las sedes: GARZÓN, LA PLATA Y PITALITO, no requieren del transporte de combustible para la prestación del servicio. |
| 5) Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato. | **N/A** | De manera semestral Informes<br>Certificado o acta de entrega para la disposición final de residuos especiales y/o peligrosos .<br>Formato Certificación Manejo de Residuos Especiales y Peligrosos v1 F37.G7.ABS | Durante el presente periodo de marzo del año 2025, La Fundación Social Yo Te Cuido no generó residuos especiales y/o peligrosos, por lo tanto se adjunta certificación. Estamos a la espera de la fecha de recolección de estos residuos por parte de La CAM, para unirnos a esta campaña de disposición final de estos residuos mencionados. |
| 6) Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados. | **SI** | De manera semestral Informes de mantenimiento y limpieza, así como, Certificaciones de disposición final de residuo si aplica.<br>Formato Certificación Lavado y Mantenimiento Trampa de Grasas y demás Sistemas v1 F38.G7.ABS<br>Certificación Lavado y Mantenimiento Trampa de Grasas y demás Sistemas anexando informes de mantenimiento y limpieza, así como, certificaciones de disposición final de residuo, si aplica. | La Fundación SOCIAL YO TE CUIDO no cuenta con infraestructura que tenga trampas de grasa ni planta de tratamiento de agua en ninguna de las sedes: GARZÓN, LA PLATA Y PITALITO, por lo tanto se adjunta certificación. |
| 7) Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente. | **SI** | En el primer informe de manera trimestral<br>Formato Plan de Saneamiento v1 F39.G7.ABS<br>Formato Plan de Gestión Ambiental v1 F41.G7.ABS<br>El plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas<br>y abastecimiento o suministro de agua potable | Para el mes de febrero La Fundación SOCIAL YO TE CUIDO, adjunta plan de saneamiento ambiental en el Formato v1 F39.G7.ABS. y formatos plan de saneamiento de enero, febrero y marzo. |

| Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (i) | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|
| **COMPONENTE GENERAL** | | | |
| 1) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato. | **SI** | Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. | Durante el presente periodo desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a cada una de las actividades establecidas en el presente contrato, en el periodo del 01 y 31 de marzo del 2025, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, zonas de incidencia del mismo; es así que se adjunta certificación emitida por la representante legal en la cual consta el cumplimiento de los compromisos entre las cuales se encuentra. |
| 2) Cumplir con el objeto del contrato y con todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad. | **SI** | Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. " | Para el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025, desde la fundación social yo te cuido se dio cumplimiento a las acciones enmarcadas en el objeto contractual en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, aplicando de manera correcta y satisfactoria los lineamientos, guías técnicas y manuales operativos establecidos para la modalidad Hogar Sustituto.<br><br>Se anexa certificado, |
| 3) Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias y dar aviso inmediato al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución y proponer alternativas de solución. | **SI** | Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. " | Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del año 2025, se presentó dos (2) situaciones de eventos de abandono irregular en<br>el municipio de Garzón (M.A.S.G – J.D.H.G), la cual fue reportada a las autoridad administrativa y supervisora del contrato de los tiempos establecidos en la guía de orientaciones, junto a las debidas acciones realizadas por el operador.<br><br>Pitalito y la plata no se presento situaciones de abandonos irregulares.<br><br>Se anexa certificado |
| 4) Presentar información, y soportes que den repuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato | **SI** | Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio donde se adjunta evidencia que haga constar que cumple con la obligacion contractual con la obligacion contractual. " | Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de diciembre del año 2025, no recibió ningún requerimiento efectuado por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato; sin embargo, una vez la fundación social yo te cuido llegue a ser requerida esta presentara la información solicitada y dará respuesta de manera inmediata a las requerimiento allegados |
| 5) ) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato. | **SI** | Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. " | En las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar sustituto, ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la plata, se han dispuesto los medios necesarios para salvaguardar la información y custodia de las carpetas e historias de atención de los niños, niñas, adolescentes, familias sustitutas y talento humano.<br>por lo anterior, certificación emitida por la representante legal. |
| 6) Atender durante la ejecución del contrato, los requerimientos, instrucciones y recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. | **SI** | *Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio donde se adjunta evidencia que haga constar que cumple con la obligacion contractual.<br>Requerimientos, instrucciones y recomendaciones" | Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de diciembre del año 2025, no recibió ningún requerimiento efectuado por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato; sin embargo, una vez la fundación social yo te cuido llegue a ser requerida esta presentara la información solicitada y dará respuesta de manera inmediata a las requerimiento allegados |
| 7) ) Entregar oportunamente, al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en la ejecución del contrato cuando así se requiera | **SI** | *Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual.<br>Requerimientos, instrucciones y recomendaciones con sus debidos soportes de respuesta." | La fundación Social Yo Te Cuido durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de marzo 2025, No recibió solicitudes de informes sobre cualquier aspecto y/o resultados por las supervisoras del contrato de los municipios de la Plata , Garzón y Pitalito |
| 8) Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo "Buenas Prácticas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente | **SI** | *Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. " | Para el periodo del presente informe desde la fundación social yo te cuido se ha cumplido a cabalidad en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata, con las disposiciones establecidas en el capitulo de buenas practicas en la gestión contractual.<br>Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta del cumplimiento de dicha obligación. |
| 9) Dar a conocer ante la entidad y organismos competentes los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato. | **SI** | *Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. " | Durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de marzo 2025, la fundación Social Yo Te Cuido , no presentó ningún hecho o circunstancia que pueda constituir actos de corrupción como conductas punibles o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato. |
| 10) Abstenerse de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso, y notificando a la supervisión y<br>autoridades competentes cualquier hecho que se relacione con estas conductas. | **SI** | *Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. " | Desde la fundación social yo te cuido durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de marzo 2025, no se ha recibido o solicitado ninguna dadiva o beneficio en el proceso de gestión y desarrollo del proceso de atención de la modalidad de acogimiento familiar en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.<br>Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal en la cual consta que no hemos estado expuestos a solicitudes relacionadas. |
| 11) El contratista se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejando constancia de su compromiso para brindar un trato respetuoso buscando<br>generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y se comprometen a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen. | **SI** | *Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. | Durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de marzo 2025, desde la fundación social yo te cuido se ha asumido practicas de buen trato para con el talento humano, las madres sustitutas, familias biológicas y usuarios que hacen parte de la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata.<br>Teniendo en cuenta lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal. |
| 12) Constituir y cargar en SECOP las garantías requeridas dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato. | **SI** | Polizas de cumplimiento y de Responsabilidad Civil extracontractual<br>Pantallazo de aprobación de pólizas en secop II | La fundación social yo te cuido cumplido con el cargue de información correspondiente a la suscripción del contrato en los tiempos definidos con los soportes e información requerida.<br>Se anexa pantallazo, del cargue oportuno de la información. |
| 13) Promover acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad. | **SI** | *Mensual. VERIFICADA EN SITIO<br><br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. " | Para el periodo comprendido entre el 01 al 31 de marzo 2025, desde la fundación social yo te cuido con el apoyo de los equipos psicosociales dispuestos para la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata se han implementado acciones para vincular a la familias y redes vinculares a las atenciones implementadas desde la modalidad.<br><br>Por lo anterior se han llevado las a cabo las siguientes acciones:<br><br>ENCUENTROS BIOLOGICOS:<br>+ Garzón: 24/03/2025 (ANEXO 1)<br>+ La Plata:21/03/2025 (ANEXO 2)<br>+ Pitalito: 21 y 31 /03/2025 (ANEXO 3)<br><br>Por otra parte, se llevó a cabo talleres de fortalecimiento a las familias biológicas en estas mismas fechas a fin de Orientar rutas de atención en caso de vulneración de niños , niñas y adolescentes<br><br>Se anexa Certificado ,actas y registro de encuentros biologicos |
| 14) Reportar por escrito y de forma inmediata al supervisor cualquier novedad o anomalía en la ejecución del contrato. | **SI** | *Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual." | Para el periodo comprendido entre el 01 al 31 de marzo 2025, no se presentaron eventos de daño antijuridico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de La Plata, Pitalito y garzon.<br><br>Por lo anterior se anexa como evidencia certificado. |
| 15) Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato. | **SI** | "Mensual.<br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. " | Para el periodo comprendido entre el 01 al 31 de marzo 2025 se dio cumplimiento a todas las orientaciones y dispocisiones relacionadas con la naturaleza del contrato a fin de dar cumplimiento con las acciones y atenciones requeridas. |

| Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato/ convenio (i) | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (di) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|
| **COMPONENTE TECNICO** | | | |
| 1. Atender 118 cupos en la modalidad Hogar Sustituto para la población: Vulneración 95 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito y Discapacidad 23 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por los centros zonales y/o regionales, según aplique. | **SI** | Mensual<br>Planilla de usuarios atendidos<br>y certificado de cupos<br>contratados y efectivamente<br>utilizados. | Durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 marzo del 2025 se atendieron un total de 115.61 , niños, niñas y adolescentes; discriminados de la siguiente manera, según centro zonal:<br><br>1. Centro zonal Garzón: 38,73 cupos<br>Vulneración: 32,73 Cupos<br>Discapacidad: 06 cupos<br><br>2. Centro zonal Pitalito: 38,36 cupos<br>Vulneración: 27,33 cupos<br>Discapacidad: 11,03 cupos<br><br>3. Centro zonal la Plata: 38,5 cupos<br>Vulneración: 33,50 cupos<br>Discapacidad: 05 cupos<br><br>Por lo anterior, se anexa planillas de reportes de los cupos atendidos y el correo donde se reporto debidamente la información a las supervisoras del contrato, así como certificación emitida por la representante legal. |
| 2) Adelantar las acciones del proceso de atención en el marco de la Propuesta de Implementación y Cualificación aprobada. | **SI** | "MENSUAL<br><br>Evidencia: Documento-certificado que resume las acciones del proceso de atención desarrolladas, de acuerdo con lineamientos, manuales operativos y demás documentos orientadores aplicables para el desarrollo de la operación según la modalidad contratada y los soportes de su implementación (actas, gestiones, convenios).<br>• Avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención.<br>• Relación de los informes del proceso de atención entregados a la autoridad judicial y administrativa encargada del caso. (cuando aplique)<br>• En el primer informe mensual de prestación del servicio y en el periodo que se presenten ajustes, el operador debe entregar copia del Proyecto de Atención Institucional PAI y del memorando de aprobación correspondiente." | Durante el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes actividades las cuales estaban enmarcadas dentro de los cronogramas establecidos para el desarrollo de la propuesta de implementacion PIYC, en los municipio de Garzon, Pitalito y la Plata:<br><br>Encuentros biológicos y Fortalecimiento a familias biológicas - temática - Deconstruir los patrones culturales que afianzaron la reproducción de hechos que llevaron al motivo de ingresos de los niños, niñas y adolescentes al programa.<br><br>+ Garzón: 28-03-2025<br>+ Pitalito: 21-03-2025<br>+ La Plata:21-03-2025<br><br>Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos ( tiempos de comida)<br>+ Garzón: 27-03-2025<br>+ Pitalito: 27-03-2025<br>+ La Plata:27-03-2025<br><br>2.Cualificación a familias sustitutas: estrategias efectivas para guiar y orientar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo integral, promoviendo su bienestar e integridad .<br><br>+ Pitalito: 02-03-2025<br>+ La Plata: 11-03-2025<br>+ Garzón: 28-03-2025<br><br>Fortalecimiento técnico a familias sustitutas -fortalecimiento de la autoestima y la confianza en el misma como las madres sustitutas.<br>+ Pitalito: 31-03-2025<br>+ La Plata: 10-03-2025 |
| 3) Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención que cumpla con los criterios establecidos en los documentos técnicos vigentes del ICBF | **SI** | MENSUAL - VERIFICACION EN SITIO<br><br>Evidencia: Informe mensual de prestación del servicio y certificación o documento donde se registre que los usuarios atendidos, cuentan con un anexo de historia de atención de acuerdo con lo establecido en el procedimiento conformación de anexos de historia de atención, lineamientos y manuales operativos. | Durante el presente periodo la fundacion social yo te cuido se garantizo que todos los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad Hogar Sustituto cuenten con sus respectivas historias de atención con documentación y seguimientos actualizados según cronograma establecido para cada mes.<br>Entre el 01 y 31 de marzo del 2025, Se realizaron (2) dos Egresos en el municipio de La Plata, (1) uno en el municipio de Garzón y en Pitalito (0) cero en pitalito<br><br>la Plata :V.Y.E – S.N.M<br>Garzón J.C.S<br><br>De igual manera para el presente periodo se dieron los siguientes ingresos:<br><br>Municipio de Garzón: 4 historias de atención - vulneración H.M.M.C - O.D.S.O - A.H.V - A.H.V<br>Municipio de la Plata: 3 historia de atención – vulneración BBM - CCZ - ILM<br><br>(Se anexa certificado y evidencias ) |
| 4) Implementar el registro de experiencias según lo establecido en los lineamentos y manual operativo de la modalidad | **SI** | ,Mensual<br><br>Certificado emitido por el representante legal sobre el cumplimiento de la obligación.<br>*Consolidado de visitas<br>*Copia Formato de visitas realizadas en cada unidad de servicio. | El periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025 se llevo a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio:<br>1. Municipio de Pitalito: los días 29-31 de Marzo 2025 – 09 UDS<br>2. Municipio de la plata: los días 18-20-28 marzo 2025 – 11 UDS<br>3. Municipio de Garzón: los días 27-28-31 de marzo 2025 – 13 UDS<br><br>Jornadas en las cuales se verifico las condiciones de las unidades de servicio.<br>Jornadas en las cuales se verifico el registro de experiencias de cada usuario donde se plasman avances, logros, gustos e intereses,salud, educación entre otra información significativa de cada niño, niña y adolescente, como evidencia se adjunta registro fotografico<br><br>se anexa Formato F14, Donde se evidencia las situaciones encontradas en las unidades de servicios; Del mismo modo, se remite certificacion emitida por la representante legal en la cual se da el aval de las acciones realizada |
| 5). Cumplir con el componente de alimentación y nutrición, acorde con lo establecido en los documentos técnicos, manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto, memorandos, requerimientos y/o directrices que emita el ICBF | **SI** | "MENSUAL - VERIFICACION EN SITIO<br><br>Evidencia: *Documento - certificado donde se relacione las acciones en cumplimiento de la obligación.<br><br>*Soportes (*Copia Formato de visitas realizadas en cada unidad de servicio., actividades de educación alimentaria realizadas, entre otras) | Durante el periodo comprendido del 01 y 31 de marzo del 2025, se llevo a cabo todas las acciones establecidas en el componente de salud y nutrición acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos; es así que la representante legal certifica el cumplimiento de dichas acciones.<br><br>Se llevo a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio:<br>1. Municipio de Pitalito: los días 29-31 de Marzo 2025 – 09 UDS<br>2. Municipio de la plata: los días 18-20-28 marzo 2025 – 11 UDS<br>3. Municipio de Garzón: los días 27-28-31 de marzo 2025 – 13 UDS<br><br>Área Nutrición<br>Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos ( tiempos de comida)<br>+ Garzón: 27-03-2025<br>+ Pitalito: 27-03-2025<br>+ La Plata:27-03-2025 |
| 6). Garantizar a los beneficiarios, los elementos de dotación personal, escolar, acorde con lo establecido en los lineamientos técnicos y los tiempos y cantidades establecidos en el manual operativo de la modalidad Hogar Sustituto. | SI | MENSUAL - VERIFICACION EN SITIO<br><br>*Evidencia: *Formato de registro de entrega de dotaciones realizadas en el periodo.<br><br>*Certificado de cumplimiento de la clausula firmada por el representante legal, describiendo cuantas entregas se realizaron durantre el mes reportado. | Durante el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025 , desde la fundación social yo te cuido se ha garantizado la entrega de los elementos correspondientes a dotación personal y escolar acorde a los tiempos establecidos en los lineamiento técnicos del ICBF. es así que la representante legal certifica el cumplimiento de dichas obligacion y actas de entrga a usuarios.<br><br>* Dotaciones iniciales:<br>Garzón: 4<br>La plata :3<br><br>*Dotación Ludica:<br>La Plata:1<br><br>*Dotación Escolar<br>Garzon: 1<br><br>Kit Escolar<br>Garzon :1 |

[illegible]

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7) informar y articular con la autoridad administrativa las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características. | **SI** | " MENSUAL - VERIFICACION EN SITIO<br><br>*Evidencia: Certificado emitido por el representante legal y soportes de la articulación con la autoridad administrativa en las gestiones de vinculación al SGSS y a educación Formal y/o educación para el trabajo y desarrollo humano (Solicitudes, autorizaciones, vinculaciones, postulaciones)" | En el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025 la fundación social yo te cuido realizo articulaciones con las entidades del sistema Nacional de Bienestar Familiar a fin de garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características", como se relaciona a continuacion:<br><br>MUNICIPIO DE GARZÓN:<br>Salud:<br>V.M.C.C: solicitud Historia clínica<br>J.D.H.G: solicitud portabilidad<br>J.C.S: solicitud portabilidad<br>J.A.M.A: Solicitud de medicamentos<br>V.J.M.A: Solicitud servicios en salud : Superintendencia de salud<br>Y. A. M. A. Solicitud servicios en salud<br>K. K. M. A. Solicitud servicios en salud<br><br>MUNICIPIO DE LA PLATA:<br>Salud<br>Y.A.P.C : solicitud de cita medica<br>D.Y.S.H : Solicitud de cita psicología<br>J.C.P.Q : solicitud de citas de psiquiatría Pediátrica<br>L.F.P.Q : solicitud de citas de psiquiatría Pediátrica<br><br>Educación:<br>A.D.E: Solicitud de documentos de estudio<br><br>MUNICIPIO DE PITALITO<br>Educación<br><br>A.D.E Solicitud certificados de estudio<br>B.M.T. Solicitud certificados de estudio<br>Gestión educativa sena<br><br>Salud<br><br>S.G.C : Solicitud autorización atenciones en salud |
| 8) Realizar acciones mensuales donde se evidencien las gestiones para la vinculación de los beneficiarios en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y cumplir con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas trimestrales. | **SI** | " MENSUAL- VERIFICACION EN SITIO<br><br>*Evidencia: 1. Documento -certificado relacionando las actividades culturales, recreativas y deportivas, que se realizaron en el periodo en cumplimiento de la obligación.<br><br>2. Soporte de las gestiones realizadas (Convenios, solicitutes entre otros)" | La FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO en el periodo del presente informe se cuenta con vinculación de los usuarios de la modalidad Hogar sustituto en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y dar cumplimiento con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas, sin presentarsen barreras para la vinculación ; por lo anterior, se anexa certificación firmada por la representante legal.<br>Así mismo se adjunta base de datos de Pitalito , La Plata Y Garzon que permite evidenciar que los NNAJ se encuentran en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida. |
| 9) Realizar acciones para que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participe en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y adecuando el cronograma de visitas de acuerdo con los tiempos disponibles de las familias. | **SI** | Mensual - Verificación en sitio.<br><br>*Certificado emitido por el representante legal sobre el cumplimiento de la obligación. *Relacionar las gestiones realizadas | Durante el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025 , la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO llevo a cabo acciones para permitir que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participen en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y ajustando los tiempo acuerdo con la disponibilidad de las familias; entre las cuales se evidencian:<br><br>1. Encuentros biológicos y Fortalecimiento a familias biológicas – deconstruir los patrones culturales que afianzaron la reproducción de hechos que llevaron al motivo de ingresos de los niños, niñas y adolescentes al programa.<br><br>+ Garzón:28 /03/2025<br>+ Pitalito: 21/03/2025<br>+ La Plata: 21/03/2025 |
| 10) Contar con mecanismos de control dentro de los hogares sustitutos para asegurar que los medicamentos estén fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes y se suministren de acuerdo con lo indicado en la fórmula médica expedida por la EAPB, Lo anterior, debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto. Además, que no tengan acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego y demás materiales con lo que se pueda atentar contra con su integridad personal o la de los demás. Lo anterior. debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto | **SI** | *Mensual - Verificación en sitio<br><br>*Certificado emitido por el representante legal sobre el cumplimiento de la obligación.<br>*Copia Formato visita de VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN , COMPONENTE DE ALIMENTACION<br>Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS realizadas en cada unidad de servicio.<br>*Actas de actividades-talleres o gestiones realizadas. | Se adjunta certificado donde se menciona que durante el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025, Cuenta con mecanismos de control dentro de los hogares sustitutos para asegurar que los medicamentos estén fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes y se suministren de acuerdo con lo indicado en la fórmula médica expedida por la EAPB, Además, que no tengan acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego y demás materiales con lo que se pueda atentar contra con su integridad personal o la de los demás. Dando cumplimiento a lo contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico. |
| 11) Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos, y las evidencias deben reposar en el anexo de la historia de atención de cada uno según corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a la modalidad | **SI** | "Mensual - Verificación en sitio<br><br>Documento/certificado que relacione las acciones realizadas para la implementación de la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo.<br><br>Soporte de las acciones realizadas (Remisiones médicas, Informes/reporte)" | Durante el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025, no se presentaron eventos de daño antijuridico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de La Plata , Pitalito y garzon<br><br>Se anexa Matriz y certificado |
| 12). Presentar soporte de entrega del plan de acción vigente en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico a la Dirección Regional, así como las acciones y estrategias adelantadas para tal fin. | **SI** | *Mensual<br><br>Evidencia: *Plan de acción vigente en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico.<br><br>*Soporte de entrega del plan de daño antijuridico a la Dirección Regional.<br><br>*Certificado de desarrollo/cumplimiento de la obligación y Soporte de actividades realizadas (talleres, capacitaciones) | Para el primer periodo de ejecucion la fundación social yo te cuido cuenta Matriz Plan de Acción Prevención del Daño Antijurídico la cual fue revisada y aprobada por la lider encargada de dicho tramite en el ICBF. |
| 13) Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la modalidad de acuerdo con lo establecido en el Politica de Prevención del Daño Antijurídico. | **SI** | *Mensual<br><br>*Evidencia de envío de reporte mensual de eventos de daño antijurídico.<br><br>2. Documento- certificado de relación de las acciones realizadas en cumplimiento de la obligación y soporte de las mismas (Informes, actas de talleres). | Durante el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025, no se presentaron eventos de daño antijurídico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de La Plata , Pitalito y pitalito.<br><br>Se anexa correo de reporte al enlace de daño antijuridico de la regional.<br>Así mismo se anexa certificado reporte al daño antijuridico |
| 14) Presentar al supervisor de contrato una propuesta de la entidad para llevar a cabo de manera permanente, la difusión y apertura de nuevos Hogares Sustitutos. La propuesta debe contar con indicadores, responsables y un cronograma mensual de actividades para este fin de parte del operador; así mismo, la entidad deberá apoyar a la Dirección Nacional y Regional del ICBF, así como a los coordinadores de los centros zonales de la regional donde ejerce su jurisdicción, en el proceso de convocatoria, difusión de la modalidad y conformación de nuevos hogares sustitutos según lo establecido en el manual operativo de la modalidad, para contar con el número de familias sustitutas requeridas, según los cupos contratados, teniendo en cuenta las tablas de ubicación máxima por unidad de servicio del manual operativo de la modalidad, garantizando así la adecuada atención de los niños, niñas y adolescentes. | **SI** | MENSUAL<br><br>Evidencia: 1. Propuesta de la entidad para llevar a cabo de manera permanente, la difusión y apertura de nuevos Hogares Sustitutos (PDF)<br><br>2. Evidencias relacionadas con la convocatoria y difusión de la modalidad. | La fundación social yo te cuido en el 01 y 31 de marzo del 2025 llevo a cabo acciones de convocatoria y difusión de la modalidad hogar sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata; por lo anterior, se a la adjunta las evidencia del proceso de convocatoria:<br><br>Garzón: 28-03-2025<br>La Plata : 24-03-2025<br>Pitalito: 31-03-2025 |
| 15) Elaborar y mantener actualizadas todas las bases de datos de los hogares sustitutos de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad. | **SI** | *Mensual<br>Base de datos actualizada de los hogares sustitutos actualizada de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad.<br><br>*Envío de la base de datos al enlace del ICBF de Hogares Sustitutos. | Para el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025, desde la fundación social yo te cuido se realizó la actualización de la base de datos de los Hogares Sustitutos ubicados en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata; es asi que a la fecha del presente informe encontramos las siguientes unidades de servicio en cada municipio:<br>* Garzon: 13<br>+ Pitalito: 09<br>* La plata:11 |
| 16) Cumplir con el proceso de fortalecimiento técnico con las familias sustitutas, presentando para ello al supervisor del contrato un cronograma semestral con fechas, responsable e indicadores, en donde se incluyan todas las temáticas establecidas en el manual operativo de la modalidad. | **SI** | "Al inicio de contrato y cada seis meses durante la ejecución<br><br>1. Documentos- certificado que den cuenta del cumplimiento de la obligacion.<br><br>2. Cronogrma y Soporte de entrega del mismo de forma semestral. " | La fundación social yo te cuido realizo actividades de fortalecimiento familiar con las madres sustitutas en el 01 y 31 de marzo del 2025, por lo anterior, se desarrollo jornadas de Fortalecimiento tecnico a familias sustitutas:<br><br>Se realizó actividades de fortalecimiento familiar con las madres en guiar y orientar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo integral, promoviendo su bienestar e integridad .<br><br>+ Garzón: 28-03-2025<br><br>* Pitalito: 31-03-2025<br><br>+ La Plata:11-03-2025 |
| 17) ) Participar en los espacios de fortalecimiento técnico de la modalidad Hogar Sustituto a los cuales sea convocado por las Autoridades Administrativas, el Centro Zonal, la Regional o la Sede Nacional del ICBF. | **SI** | *Mensual<br><br>Evidencias de la participación a fortalecimientos técnicos convocados. | Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 marzo del 2025, , el equipo de talento humano dispuesto por la fundación social yo te cuido para darme para la modalidad hogar sustituto, recibió invitación a las siguientes asistencias técnicas a través de correo electrónico:<br><br>Tema: Orientaciones para la Implementación de las Propuestas de Implementación y Cualificación PIYC de los Operadores de Restablecimiento de Derechos<br>Hora: 2:30 pm Fecha: 18/03/2025: Virtual<br><br>ASISTENCIA TECNICA RESPONSABLE PUNTO AAVN : presencial, centro zonal Garzón , el día 26-02-2025 hora 09:00 a.m<br><br>Asistencia técnica a los operadores de protección sobre la adecuada ubicación de los NNA en el aplicativo SIM, día 26 de marzo del 2025 a las 8:30 am : Virtual |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 18) Presentar al supervisor de contrato al inicio del contrato y de manera trimestral, un cronograma de lo que se denomina en el manual operativo de la modalidad: "semana de proyecto familiar" de cada uno de los Hogares Sustitutos que administra, con nombres de la madre o padre sustituto, fecha en que se tomará la semana de proyecto familiar, observación de si la semana se toma con los beneficiarios ubicados o no, todo esto con el fin de organizar este espacio de las familias sustitutas. | **SI** | Inicio del contrato y trimestral<br><br>*Cronograma "semana de proyecto familiar"<br><br>*Reporte de Envío trimestral. | La fundación social yo te cuido cuenta con un cronograma para el desarrollo trimestral de actividades encaminadas a la semana del proyecto familiar, en cada uno de los hogares sustitutos los cuales fueron actualizados y radicados a las supervidoras del contrato de los centro zonal la Plata , Garzon y pitalito. |
| 19) Elaborar e implementar un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad y Manual Operativo de la modalidad Hogar sustituto. | **SI** | MENSUAL - VERIFICACIÓN EN SITIO<br><br>1 .Certificación expedida por el representante legal de desarollo de cumplimiento de la obligación.<br><br>2. Cronograma de actividades con enfoque diferencial.<br><br>3. Soportes de su implementación (actas de talleres, capacitaciones, convocatorias) | Durante el mes de marzo la fundación social yo te cuido lleva a cabo todas las acciones enmarcadas en los cronogramas, es así que se evidencian cronogramas de actividades desarrolladas por el equipo de talento humano por cada municipion de atencion, en el cual se evidencia el desarrollo de las siguientes actividades:<br>* Atencion a usuarios de la modalidad<br>* jornadas de fortalecimiento familiar a familias sustitutas y familias biologicas<br>* jornadas de divulgacion de la modalidad<br>* visita a unidades de servicio<br>* talleres con usuarios y actividades de fortalecimiento del proyecto de vida.<br><br>Asi mismo se adjunta certificado de cumplimiento firmado por la representante legal del la fundacion social Yo te cuido |
| **Cumplimiento de Obligaciones Administrativas del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| **COMPONENTE ADMINISTRATIVO** | | | |
| 1) Disponer del talento humano en perfil y tiempo de dedicación exigido para el desarrollo del servicio, acorde con los documentos técnicos del ICBF y mantener actualizadas las carpetas del talento humano vinculado para la ejecución del contrato, las cuales deben incluir: hoja de vida, soportes de estudio, tarjeta profesional (cuando aplique), certificaciones de experiencia, código ético firmado, contrato debidamente firmado, certificados de antecedentes (Contraloría, Procuraduría, Policía), registro nacional de medidas correctivas (inicial y con actualización trimestral), consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes (inicial y con actualización cada 4 meses), antecedentes profesionales (cuando aplique), soportes de pago de seguridad social y documentos de compromiso de confidencialidad y de protección de datos firmados. Lo anterior, puede ser físico o magnético. La contratación del talento humano que se requiera<br>no podrá ser tercerizado. | **SI** | Mensual<br><br>*Evidencia: en el primer informe mensual de prestación del servicio y en los informes correspondientes a los meses en los que se generen cambios.<br><br>*Base de datos del talento humano de la modalidad, en el formato establecido por la Dirección de protección. | Para el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025 la fundación social yo te cuido dispuso del Talento Humano requerido para la prestación del servicio de la modalidad Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, por lo anterior, se anexa directorio de talento humano; Como se describe a continuaion:<br><br>1. COORDINADORES<br>+ Yudi Pahola Aguirre<br>+ Paola Andre Marin Gonzalez<br><br>2. NUTRICIONISTA<br>+ Hamara Paez Delgado<br><br>3. PROFESIONALES DE AREA<br>+ Ana Maria Losano Plaza<br><br>4. EQUIPO GARZON<br>+ Karen Yesina Alvarez Caicedo - Trabajadora social<br>+ Laura Alejandra Fernandez -psicologa<br>+ Carlos Andres Cuvides - Gestor de caso<br>+ Karen Cerón Ramirez - Auxiliar Administrativa<br><br>5. EQUIPO LA PLATA<br>+ Nory Shirley Gonzalez - Psicologa<br>+ Cristian Arias - Trabajador social<br>+ Laura Xiemna Losada - Gestora de caso<br>+ Ximena Del Pilar Trujillo Montilla - Auxiliar administrativa<br><br>6. EQUIPO PITALITO<br>+ Jenny Alexandra quintero. Mendoza - Psicologa -<br>+ Lucy Katalina Menezes Molina- Trabajo Social<br>+ Nicolas Fernando Castaño -Gestora de caso<br>+ Monica Joana Cruz - Auxiliar administrativa |
| 2) Presentar mensualmente certificado emitido por el representante legal y contador en el que haga constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos, con la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas, la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes y con el<br>tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la modalidad. | **SI** | Mensual<br>Evidencia: Certificación expedida por el representante legal y contador en donde relacione el talento humano vinculado durante el periodo informado y haga constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos, con la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas, la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes y con el tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la modalidad. | Para el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025 la fundación social yo te cuido soporta que dispone del Talento Humano requerido para el desarrollo de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto y cuenta con los requisitos exigidos contractualmente; por lo anterior, se anexa el certificado firmado por la representante legal. |
| 3) ) Cumplir y mantener durante toda la ejecución del contrato, adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes. | **SI** | MENSUAL- VERIFICACIÓN EN SITIO<br><br>*Certificación expedida por el representante legal en donde conste que cumple y mantiene adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes.<br>*Formato acciones de mejora cuando se realizan. | Para el periodo del mes de marzo la fundación social yo te cuido dio cumplimiento con las condiciones locativas y de infraestructura que estipula el Lineamiento Técnico de Modalidades para la Atención de Niños, Niñas, Adolescente y Jóvenes con sus Derechos Amenazados y/o Vulnerados". en las sedes administrativas ubicada en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.<br>Teniendo en cuenta lo anterior se anexa certificación firmada por la representante legal y registro fotografico. |
| 4) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa competente y al supervisor del contrato, de acuerdo con los procesos, procedimientos y orientaciones establecidos por las Direcciones de Planeación, Protección y la Oficina Asesora de Comunicaciones para el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el servicio. Aplica para universidades, ONG, periodistas, estudiantes, docentes, cooperantes, contratistas del ICBF, funcionarios del ICBF y cualquier otra persona. | **SI** | Mensual<br><br>*Evidencia: copia de solicitud o solicitudes y las respuestas de autorización. | Para el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025, se resalta que no se realizaron investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad. - se anexa certificado |
| 5) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa y al supervisor del contrato, para atender a los beneficiarios en otra sede. | **SI** | Mensual<br><br>*Evidencia: copia de solicitud o solicitudes y las respuestas de autorización. | La fundación social yo te cuido durante el periodo del 01 y 31 de marzo del 2025, no se realizaron atenciones de usuarios en otras sedes del operador, estas se llavan a cabo en las sedes administrativas dispuestas por la fundación social yo te cuido en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.- se anexa certificado |
| 6) Contar con los medios tecnológicos y de comunicaciones necesarios para registrar y transmitir la información al ICBF. | **SI** | Mensual<br><br>*Evidencia: Certificación expedida por el representante legal en donde conste que cuenta con los medios tecnológicos y de comunicación exigidos por el ICBF. | La fundación social yo te cuido durante el periodo del 01 y 31 de marzo del 2025, dispone de los medios tecnoclogicos requerida para el desarrollo de las Modalidades Discapacidad y Vulneración, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata y de esta manera registrar y trasmitir la información al ICBF, tales como son:<br>1. Correo electronico para cada profesional desde el dominio de la pagiina web de la fundacion.<br>2. Grupos informativos de whatsAap donde se comparte informacion de interes para el talento humano y madres sustitutas.<br>Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal. |
| 7) Realizar las confirmaciones de los ingresos y egresos de cada usuario (a), de acuerdo con las órdenes de los Defensores de Familia y Comisarios de Familia, en el Sistema de Información Misional del ICBF siempre y cuando el sistema se encuentre disponible y operando correctamente | **SI** | Mensual<br><br>*Evidencia: Documento de relación de confirmaciones de ingresos y egresos en SIM correspondientes al periodo solicitado y pantallazos de confirmaciones. | Durante el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025, se realizó 02 egresos en el municipio de Garzón 1, la Plata 1<br><br>- Se anexa certificado |
| 8) Cumplir con las acciones establecidas en la Guía técnica para la metrología aplicable a los programas de los procesos misionales del ICBF vigente | **SI** | Mensual - Verificación en sitio<br><br>*Evidencia: Registrar en el informe mensual de prestación del servicio las acciones realizadas para dar cumplimiento a los establecido en la guía técnica de metrología<br><br>*Documento de Relación de las acciones en cumplimiento de la obligación. | La fundación social yo te cuido cumple a cabalidad con la totalidad de las acciones establecidas en la Guía Técnica para la metrología aplicable a modalidad; por lo anterior se anexa, certificado de la representante legal en la cual se establece que durante el mes de marzo del 2025 la fundación cuenta con los equipos metrológicos en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzo, Pitalito y la Plata.<br>De igual manera se anexa certificado de calibracion reciente de los equipos asignados para cada centro zonal |
| 9) Realizar las gestiones de adquisición de elemento de dotación para la modalidad de atención según sea el caso, de acuerdo con los recursos destinados en el contrato para tal fin, cuando aplique | **SI** | Mensual<br>*Evidencia: Documento de relación de las gestiones realizadas para la adquisición de elementos de dotación, cuando en el contrato se hayan destinado recursos para tal fin y soportes de las mismas (Solicitudes) Si se han realizado actividades de adquisición de elementos de dotación, solicite las facturas y soportes de los gastos efectuados.<br>Tenga en cuenta las obligaciones relacionadas con la dotación adquirida o recibida por el contratista (en caso de que aplique). | Durante el presente el mes de marzo la fundacion Social Yo te cuido, no hizo entrega de los elementos de dotación basica para la modalidad.<br>Se anexa certificado y actas de entreda como evidencia. |
| 10) Contar con un banco de hojas de vida y proceso de selección que le permita cubrir antes de 10 días hábiles alguna vacante del personal que opera el servicio cuando se presenta renuncia unilateral por parte del empleado | **SI** | Mensual<br>Evidencia: 1. Copia digital del documento que contenga el proceso de selección del talento humano y soportes de que cuenta con un banco de hojas de vida que le permita cubrir antes de 10 días hábiles, las vacantes que puedan resentarse por renuncia de alguno de sus colaboradores. | la fundación social yo te cuido cuenta con un banco de hojas de vidas las cuales cumplen con todos los requisitos para suplir alguna vacante que se llegue a presentar durante la prestación del servicio; estas son recepcionadas desde el correo fundacionsocialyotecuido@gmail.com<br>y debidamente revisadas y aporbadas por el equipo de coordinadores de la fundacion.<br>Por lo anterior, se anexa certificación emitida por la representante legal donde hace constar dicha información |

[redacted]

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11) Contar con un programa que propenda por la estabilidad del talento humano, con el fin de disminuir la rotación de personal en los servicios, lo que impacta negativamente la adherencia pedagógica de los usuarios. | **SI** | Mensual<br>Evidencia 1. Copia<br>del programa y del cronograma que implementará para garantizar la estabilidad del talento<br>humano, con el fin de disminuir la rotación de personal en los servicios.<br>Actas de la implementación del programa, de acuerdo con las actividades establecidas en el cronograma y según se vayan desarrollando durante la ejecución del contrato. | La fundación social yo te cuido cuenta con estrategias que permitan generar estabilidad al talento humano vinculada a la modalidad, a fin de que no presente acciones de rotación de personal, que afecten la prestación del servicio. Entre ellas encontramos:<br>1. convenio con la UNIVERSIDAD UNICLARETIANA a fin de potencializar y facilitar procesos academicos de los profesionales-<br>2. Jornadas de cualificacion al talento humano y fortalecimiento de saberes.<br>4. espacios de escucha . |
| **Cumplimiento de Obligaciones dotación recibida o adquirida por el contratista del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA POR EL CONTRATISTA** | | | |
| 1) ) Suscribir acta de recibo y de entrega de los bienes muebles entregados por el ICBF al inicio y al final de la vigencia del presente contrato y adquiridos durante la ejecución del mismo con la respectiva relación de inventarios, bienes que quedaran bajo su custodia, serán su responsabilidad y deberán ser devueltos una<br>vez se dé por terminado el contrato. Así mismo, se deberán actualizar y reportar a la supervisión de contrato, con una periodicidad cuatrimestral las novedades presentadas en el inventario, siendo el supervisor<br>responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones. | **N/A** | Mensual<br>Acta de Recibo de bienes muebles e inventario<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | La fundacion social yo te cuido cuenta con inventarios de la todacion basica recibida al inicio del contrato, la cual se ha ido actualizando según el avance en las necesidades. Por lo anteior, se anexa inventarios de las dotaciones con las que se cuenta en cada unidad de servicio , cada una de las sedes y acta dotación basica General. |
| 2) Informar de manera inmediata al supervisor, una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con el traslado de las correspondientes facturas y demás soportes que apliquen | **N/A** | Mensual<br>1) Oficio radicado en centro zonal<br>2) copia de la factura de compra<br>3) evidencia fotografica del elemento instalado<br>4) Copia de la factura de venta<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | Para el periodo comprendido entre 01 y 31 de marzo del 2025, el operador Fundacion Social Yo te cuido no realizó entrega de bienes o muebles adquiridos con recursos entregados por el ICBF , por lo tanto se anexa certificado |
| 3) Si una vez se reciba la dotación por parte del contratista responsable de los bienes, en la verificación inicial encuentra inconsistencias, al confrontar la relación o acta de bienes que tiene a cargo contra el inventario físico realizado respecto de los<br>bienes que le han sido suministrados para su servicio, comunicará por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recibo al servidor público encargado del control de inventarios -responsable de almacén- sobre las diferencias detectadas -faltantes y sobrantes- para que efectúe las verificaciones y correcciones si a ello hubiere lugar | **N/A** | Mensual<br>Relacion o Inventario de muebles y enseres entregado por el ICBF<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 4)Utilizar los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato conforme al uso legítimo autorizado. | **N/A** | Mensual<br>Informe mensual de prestación del servicio, Facturas y soportes de gastos por mantenimiento"<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | Para el periodo comprendido entre 01 y 31 de marzo del 2025, el operador Fundacion Social Yo te cuido , ha dado uso legitimo a los bienes muebles entregados por el ICBF |
| 5) Responder por cualquier deterioro de los bienes muebles devolutivos, que no provenga del desgaste natural o que provenga del uso no autorizado<br>por el ICBF. | **N/A** | "Mensual<br>Actas de inventarios, soportes contables y evidencias fotograficas"<br>CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. | Para el periodo comprendido entre 01 y 31 de marzo del 2025, el operador Fundacion Social Yo te cuido , no ha recibido reporte de deterioro de bienes muebles devolutivos , aclarando que se hace responsable en el momento que se presenten, para lo que se anexa certificación. |
| 6) Emplear la mayor diligencia en la conservación de los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato. | **N/A** | "Mensual<br>Inventario delos elementos de dotación, Soportes de gastos y conceptos tecnicos de mantenimientos evidencia fotografica"<br>CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. | Para el periodo comprendido entre 01 y 31 de marzo del 2025 , el operador Fundacion Social Yo te cuido , ha tomado las medidas necesarias para garantizar la conservación de los bienes recibidos, adquiridos por el anterior operador del ICBF, Se anexa inventario de elementos de dotación basica por sedes y unidades de servicio del municipio de la Plata , Garzon y Pitalito. |
| 7)Efectuar las reparaciones y mantenimientos indispensables para la conservación de bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del<br>contrato | **N/A** | "Mensual<br>*Informe mensual de prestación del servicio, Acta de inventario de muebles y enseres. Mantenimientos e Informe o reporte de anomalia"<br>CENTROS ZONALES: La Plata, Pitalito y Garzón. | Para el periodo comprendido entre 01 y 31 de marzo del 2025, el operador Fundacion Social Yo te cuido ,No ha efectado reparaciones y mantenimientos indispensables para la conservación de bienes muebles entregados por el ICBF , aclarando que una vez se tenga conocimiento de esta necesidad , el operador dara cumplimiento de manera inmediata. |
| 8) Vigilar y custodiar los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perturbados por terceros. En caso de ocurrir cualquier perturbación a la tenencia, dar aviso al ICBF en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho. | **N/A** | "Mensual<br>Informe mensual de prestación del servicio, Soporte o nota contable"<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | Para el periodo comprendido entre 01 y 31 de marzo del 2025 el operador Fundacion Social Yo te cuido , ha vigilado y custodiado los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perturbados por terceros.por lo que se anexa certificación. |
| 9) Llevar la contabilidad de los bienes muebles por centro de costos, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico - y documentos administrativos vigentes que rijan para el programa, en los casos que aplique. | **N/A** | "Mensual<br>Libro auxiliar que evidencie el registro en el centro de costos"<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 10) Informar al supervisor del contrato la existencia de siniestros dentro de los cinco (5) días hábiles a su ocurrencia. | **N/A** | "Mensual<br>Comunicación escrita "<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | Para el periodo comprendido entre 01 y 31 de marzo del 2025 , el operador Fundacion Social Yo te cuido , reporta a traves de certificación que no hubo la existencia de siniestros de los bienes muebles entregados por el anterior el operador |
| 11) Elaborar en coordinación con el delegado del ICBF el inventario de los elementos de dotación que sean adquiridos y entregados con recursos del ICBF, y entregarlo al supervisor del contrato para el respectivo procedimiento de ingreso y egreso de bienes que establezca el ICBF | **N/A** | "Mensual<br>*Acta de invetario de elementos de dotación<br>*Radicado documentos para almacen<br>*Actas de entrega<br>*Registro Fotografico"<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | Para el periodo comprendido entre 01 y 31 de marzo del 2025, el operador Fundacion Social Yo te cuido, no realizó entrega de elementos de dotación , por lo tanto se anexa inventario de dotación basica ya existente en las sedes Pitalito , Garzon , la Plata , en cada una de las unidades de servicio, Inventario bienes muebles de las sedes. |
| 12) Restituir mediante acta a la persona natural o jurídica que determine el ICBF a la terminación del contrato, los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF, según inventario inicial, salvo que al terminar el contrato los bienes hayan cumplido su vida útil y no puedan ser utilizados para el servicio. En este caso, se procederá conforme con lo establecido en el anexo técnico respectivo dado por el ICBF. | **N/A** | "Mensual<br>Acta de entrega-Inventarios de bienes muebles y enseres detallando el estado de los mismos"<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | Se anexa evidencia solicitado. |
| 13) Relacionar en acta, tanto al inicio como al final del contrato, los elementos propiedad del CONTRATISTA y puestos a disposición de las unidades de<br>servicios, incluidos en el plan de trabajo. | **N/A** | "Mensual<br>Acta de inicio y final de la relación de los elementos de propiedad del Contratista y puestos a disposición de la modalidad-"<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | Se anexa Acta donde se relaciona los elementos de propiedad de la fundacion social yo te cuido la cual ha sido dispuesta para la prestacion del servcio. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14) Garantizar en caso de traslado o cierre de las unidades de servicio, que los elementos de dotación propiedad del ICBF sean transferidos a la nueva unidad, mediante acta de entrega, en presencia del supervisor del contrato, representante legal del contratista y del almacenista de la Regional cuando aplique. | **N/A** | "Mensual<br>Acta de entrega de invetario de elementos devolutivos o restitucion a la terminacion del contrato"<br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | Para este periodo el operador Fundacion Social Yo te cuido , certifica se presento una renuncia de la madre sustituta CLAUDIA PATRICIA HERNANDEZ BUENDIA , en el municpios de Pitalito , quien realizo devolucion de dotacion basica a la sede el operdor se anexa certificado y acta de recibido. |
| 15) Entregar al supervisor del contrato, la relación de actas de entrega a cada unidad de servicio, en la que se especifiquen los elementos entregados, la referencia, marca, serial, modelo-en los casos que aplique-, la cantidad y el estado en que se reciben. PARÁGRAFO PRIMERO. La EAS serán responsables en los siguientes eventos: a). Cuando el hecho hubiere sobrevenido por culpa suya, inclusive levísima; b. Cuando por peligro del bien prestado o propio, haya preferido salvar el suyo; y c. cuando expresamente haya aceptado la responsabilidad del caso fortuito. PARÁGRAFO SEGUNDO. La falta de reporte de los bienes muebles devolutivos adquiridos como dotación en el marco del contrato de aporte, o su no devolución a la finalización del contrato, harán incurrir al Contratista en responsabilidad contractual, disciplinaria, fiscal y penal. 5) Baja de bienes muebles, se da cuando los elementos se encuentren totalmente inservibles o cuando existan bienes que contengan elementos o compuestos peligrosos, que si bien no generan problema durante su uso, pero se convierten en un peligro cuando se liberan al medio ambiente y que además presentan alto grado de deterioro, o que ya no son útiles para la entidad por estar en estado de inservibles, el supervisor de contrato deberá solicitar el inventario - responsable de almacén y en articulación con el CONTRATISTA clasificará el listado de bienes según su estado en deterioro, obsolescencia, inservibles o reubicación, (sólo aplica para los bienes devolutivos) y mediante correo electrónico lo remitirá al responsable de almacén para que realice las gestiones correspondientes. Para los bienes clasificados como de CONSUMO se levantará un acta firmada. | **N/A** | "Mensual<br>: Acta de entrega de invetario de elementos devolutivos restitucion a la terminacion del contrato-<br><br>CENTROS ZONALES:<br>La Plata, Pitalito y Garzón. | Para este periodo el operador Fundacion Social Yo te cuido , certifica se presento una renuncia de la madre sustituta CLAUDIA PATRICIA HERNANDEZ BUENDIA , en el municpios de Pitalito , quien realizo devolucion de dotacion basica a la sede el operdor se anexa certificado y acta de recibido. |
| **Cumplimiento de Obligaciones Legales del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)** | **fueron adquiridos en la ejecución de vigencias contractuales anteriores.** |
| | | **COMPONENTE LEGAL** | |
| 1) Mantener la licencia de funcionamiento vigente para el servicio objeto del presente contrato durante el plazo de ejecución. | **SI** | "Copia del acto administrativo que otorga la licencia de funcionamiento VIGENTES " | El ICBF - Regional Huila realizo la verificación y aprobación en los requisitos de cumplimiento para el proceso de renovación de las licencias de funcionamiento a la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, es así que desde la fundación contamos con resolución de licencia de funcionamiento:<br><br>Modalidad Vulneración Resolución 221 del 29/04/2024<br>Modalidad Discapacidad Resolución 222 del 29/04/2024 |
| 2) Suscribir el acta de inicio del contrato. | **SI** | "Acta de inicio de contrato" | la fundación social yo te cuido cuenta con el acta de inicio del contrato la cual reposa en la carpeta del contrato debidamente suscrita el día 01 y 31 de marzo del 2025 |
| 3) Suscribir todas las actas que se produzcan con ocasión de la ejecución del contrato. | **SI** | "Actas que se produzcan con ocasion al contrato. TODAS" | Durante el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes actividades las cuales estaban enmarcadas dentro de los cronogramas establecidos para el desarrollo de la propuesta de implementacion PIYC, en los municipio de Garzon, Pitalito y la Plata:<br><br>+ Garzón: 28-03-2025<br>+ Pitalito: 21-03-2025<br>+ La Plata:21-03-2025<br><br>Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos ( tiempos de comida)<br>+ Garzón: 27-03-2025<br>+ Pitalito: 27-03-2025<br>+ La Plata:27-03-2025<br><br>2.Cualificación a familias sustitutas: estrategias efectivas para guiar y orientar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo integral, promoviendo su bienestar e integridad .<br><br>+ Pitalito: 02-03-2025<br>+ La Plata: 11-03-2025<br>+ Garzón: 28-03-2025<br><br>Fortalecimiento técnico a familias sustitutas -fortalecimiento de la autoestima y la confianza en el misma como las madres sustitutas.<br>+ Pitalito: 31-03-2025<br>+ La Plata: 10-03-2025<br>+ Garzón: 12-03-2025 |
| 4) Cumplir con las obligaciones laborales que como empleador se puedan generar con relación al contrato suscrito: presentar mensualmente las certificaciones expedidas por el representante legal de la entidad o revisor fiscal, según corresponda, donde conste que la misma se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral, como: i) aportes parafiscales; ir) aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral; iii) el pago de sueldos u honorarios en los tiempos establecidos para tal fin, según la vinculación laboral (no se admiten mora en los pagos); iv) el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores; v) el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros. | **SI** | "Certificaciones expedidas por el representante legal y revisor fiscal, donde consta que se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral, como: I) aportes parafiscales; II aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral; III) el pago de sueldos u honorario en los tiempos establecidos para tal fin, según la vinculación " | La fundación social yo te cuido anexa certificación de cumplimiento de pagos de las obligaciones laborales de pensión, salud y demás conceptos legales, firmado por la revisora fiscal con fecha de expedición del 01 de abril 2025. |
| 5 Entregar de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios para atender requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador. | **SI** | "Mensual.<br><br>Informe mensual de prestación del Servicio certificado expedido por el representante legal para la vigencia donde haga constar que cumple con la obligacion contractual. "" " | Durante el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025 se realizo envió de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios; es de resaltar, que no se recibieron requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador. |
| **Cumplimiento de Obligaciones Financieras del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ir)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| | | **COMPONENTE FINANCIERO** | |
| 1) Presentar dentro del primer mes de ejecución del contrato el presupuesto de ingresos y gastos de acuerdo con los clasificadores de costo establecidos para la modalidad, para la revisión y aprobación por parte del Supervisor | **SI** | Al inicio el primer mes del contrato. Evidencias: 1) Oficio de radicación a la Supervisión, 2) Presupuestos en el Formato Seguimiento Financiero Hogares Sustitutos Tutores v3 F1.G28.P y/o Formato Seguimiento Financiero Modalidades de Protección v4 F2.G28.P, con los respectivos soportes firmados por Representante Legal y Contador y/o Revisor Fiscal. | La Fundación Social Yo Te Cuido radicara y presentara el presupuesto y los documentos de respaldo correspondientes en el mes de enero del 2025 , dentro del plazo estipulado por ICBF para la radicación. |
| 2) Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al mes vencido los soportes correspondientes para la expedición del certificado de cumplimiento, acorde con la cláusula séptima | **SI** | De manera mensual Oficio radicado con los siguiente los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los niños, niñas y adolescentes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de pago a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de pago al talento | La Fundacion Social Yo Te Cuido radica oportunamente los requeridos según oficio radicado del 07 de Abril, presentando lo establecido en la cláusula de desembolso, necesarios para la emisión del certificado de cumplimiento, cumpliendo con los términos de la cláusula de forma de pago correspondiente al período.<br>1,Informe mensual sobre la prestación del servicio.<br>2,Planillas de Usuarios atendidos.<br>3. Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por la representante legal.<br>4. Informe mensual de ingresos y gastos.<br>5. Certificado de cumplimiento de pago a proveedores emitido por representante legal y contador público.<br>6. Certificación emitida por la representante legal y contador público sobre el cumplimiento de pago al sistema de 7,seguridad social y aportes para fiscales en los tiempos establecidos por la ley<br>8. Certificado talento humano.<br>9. Certificado de usuarios atendidos.<br>10. Documento de cobro. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de pago correspondientes; la información | 11. Certificado de contabilidad<br>12. Certificado de cumplimiento a las obligaciones tributarias. , |
| 3) Presentar informe al finalizar el contrato, el cual contenga como mínimo: registro de cupos contratados y efectivamente atendidos mensualmente, logros y dificultades y aportes recibidos y su utilización. | **SI** | .Informe final de ejecucion del contrato: Planillas de Usuarios (as) atendidos o sesiones realizas durante la vigencia del contrato o liquidación mensual del reporte SIM.<br>. Certificaciones de cupos atendidos o sesiones realizas firmada por la Coordinadora o Representante Legal.<br>. Informe donde se evidencie los logros y dificultades.<br>. Registro contable de aportes recibidos y el soporte respectivo del ingreso y gasto del recurso.<br>.El registro mensual de cupos con los datos registrados en el informe final.<br>.El registro debe ser consistente con la información suministrada para el desembolso mensual por parte del ICBF | No aplica para este período, dado que el contrato se encuentra en ejecución. |
| 4) Estructurar la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas – PUC- según la directriz que defina el ICBF, con sus soportes debidamente organizados que identifiquen la implementación de las NIIF y de la información actualizada | **SI** | Mensual y adicionalmente, esta obligación debe verificarse en sitio. Evidencias: Certificación firmada por el contador donde indica que la información financiera está fundamentada en la contabilización y registro de acuerdo con el PUC establecido. Y sistema Financiero Utilizado | Se presenta la certificación firmada por el contador, en la certificación se indica que la contabilidad de la Fundación Social Yo Te Cuido está alineada con el Plan Único de Cuentas (PUC), conforme a las directrices establecidas por el ICBF. Además, la fundación ha implementado las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), y dispone del software contable SIIGO, debidamente parametrizado, el cual genera movimientos contables conforme a la normatividad vigente. Se certifica que la contabilidad es gestionada por el centro de costos, y se adjunta la certificación correspondiente firmada por el representante legal, el revisor fiscal y el contador del periodo presentado. |
| 5) De conformidad con lo establecido en al artículo 2.2.1.2. 4..2.16 del Decreto 1860 de 2021, se deberá garantizar la provisión de bienes o servicios por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional, esta provisión se establece en un porcentaje del cinco por ciento (5%) de los bienes y servicios requeridos para la ejecución del contrato | **SI** | "Mensual. Certificado de cumplimiento correspondientes al valor del cinco por ciento (5%) de los bienes y servicios requeridos para la ejecución del contrato<br>Facturas, soportes de pago, declaraciones juramentadas, etc" | La Fundacion Social Yo te cuido cuenta con poblacion especial con declaracion juramentada, asegura que la provisión de bienes o servicios sea realizada por personas en situación de pobreza extrema, desplazados por la violencia, individuos en proceso de reintegración o reincorporación, así como aquellos sujetos a protección constitucional especial. Esta provisión representará un porcentaje del cinco por ciento (5%) de los bienes y servicios necesarios para la ejecución del contrato. |
| 6) Pagar oportunamente a los proveedores y presentar paz y salvo mensual o de acuerdo con su política de pago | **SI** | "Mensual.<br>Certificado del revisor fiscal o representante legal donde relacione proveedores y anexar paz y salvo de los mismos.<br>• Libro auxiliar de la cuenta de proveedores, bancos y conciliaciones bancarias o extractos<br>que identifiquen el pago-soportes de pago - transferencia electronica. Y paz y salvo al finalizar el contrato" | La Fundación Social Yo Te Cuido certifica durante el mes de Marzo 2025 esta a paz y salvo con proveedores durante este período. Dado que no se tienen saldos pendientes por pagar, No obstante, se mantiene actualizada la información contable. |
| 7) Facilitar de manera oportuna e integral, libros de registro, archivos, actas, informes, expedientes y demás información financiera que le solicite el supervisor del contrato; esta información se debe suministrar completa en el lugar de ejecución del presente contrato y debe estar actualizada, de tal manera que permita verificar la ejecución del recurso de forma mensual, acorde con lo establecido en los documentos y sus respectivos clasificadores de costo según aplique para la modalidad. 9) Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de<br>presupuesto, ingresos y gastos.. | **SI** | "Mensual. y se verifica en Sitio. El operador adjunta certificación expedida por el representante legal, contador y revisor fiscal,libros de registro, archivos, actas, informes,<br>expedientes y demás información financiera actualizada en el lugar de ejecución del contrato.<br>informe de seguimiento financiero " | La Fundacion Social Yo Te Cuido facilita de manera oportuna toda la informacion financiera que solicita la supervisora registrando todos los gastos realizados en el formatos de seguimiento financiero de acuerdo a movimientos por centros de costos a la Fundacion Social Yo Te Cuido con base en la información proporcionada, según el resumen de centros de costos para la totalidad del contrato, y se ha verificado que la ejecución de los gastos es conforme.<br><br>Se adjunta el certificado correspondiente del Contador. |
| 8) Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de<br>presupuesto, ingresos y gastos.. | **SI** | "Mensual • Formato de seguimiento financiero versión vigente.<br>• Oficio por parte del operador donde solicite el traslado de recursos y su respectiva<br>justificación.<br>• Acta, correo u otros que identifique la aprobación por parte del supervisor de contratos del traslado de recursos en el mes que se está verificando, ustificación y descripción del traslado y si este se realizó de acuerdo con lo definido." | Durante el periodo, La Fundacion Social Yo Te Cuido no presentó ninguna solicitud para el traslado de rubros presupuestales, el cual fue aprobado por el Supervisor del contrato. |
| 9) Ejecutar durante la vigencia del contrato los recursos asignados. No se podrán realizar compras con cargo a los recursos del contrato para ejecutar fuera del plazo contractual. Se debe llevar un control que identifique la compra, entrega y saldos de los bienes adquiridos con recursos del contrato de aporte. | **SI** | "Mensual • Formato de seguimiento financiero versión vigente. Libro de inventarios o el control de inventarios que lleve el operador, con respectos a los elementos adquiridos para el contrato de aporte.<br>• Soportes de gasto, planillas de entrega, libros auxiliares y demás información requerida<br>para validar la compra y entrega de mercancías . - control de mercancías que lleva el operador de los elementos adquiridos con<br>recursos del contrato de aporte, dotación, leches, pañales, entre otros, según la modalidad<br>o servicio complementario. " | La Fundacion Social Yo Te Cuido certifica que ejecuta dutrante el periodo los recursos asignados durante el plazo llevando el control de las compras entregas y saldos que ejecutado, se ha confirmado la presentación del informe de ingresos y gastos, el formato de seguimiento financiero, el certificado de cumplimiento en el pago a proveedores, así como el certificado de cumplimiento de seguridad social, nómina, parafiscales y las facturas correspondientes al mes. |
| 10) Realizar en los tiempos acordados o establecidos para ello, el pago de las obligaciones adquiridas por parte del contratista, sin condicionar estos a la entrega de los recursos aportados por el ICBF del contrato de aporte | **SI** | "Mensual • Formato de seguimiento financiero versión vigente, documentos contables que evidencien los pagos de las obligaciones adquiridas por el<br>operador en los tiempos que se hayan pactado para ello.<br>• Documentos que evidencien el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por el operador<br>para el desarrollo de la modalidad.<br>• Soportes de pago a proveedores, talento humano, planilla de aportes a seguridad social del<br>personal con contrato laboral y de prestación de servicios (con la base de cotización acorde<br>a la remuneración y las novedades que se presenten en el mes), conciliaciones o extractos<br>bancarios, entre otros, que identifiquen el cumplimiento en los plazos establecidos de pago" | La Fundacion Social Yo Te Cuido adjunta las evidencias correspondientes a la entrega del formato de seguimiento financiero actualizado, los soportes contables de los pagos realizados a proveedores, talento humano, así como el consolidado de las planillas de liquidación, pagos de nómina, todos ellos efectuados dentro de los plazos establecidos. |
| 11) Llevar la contabilidad por centro de costos, de los recursos que le corresponde ejecutar del contrato, en la cual se identifique la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual, debidamente avalada por el contador, sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF | **SI** | Mensual.verificación en sitio • Formato de seguimiento financiero versión vigente. Certificación firmado por el Contador y/o Revisor Fiscal-en donde conste que lleva la contabilidad por centro de costos, en la cual se identifique la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF | La Fundación Social Yo Te Cuido certifica que lleva la contabilidad por centro de costos de los recursos asignados para la ejecución del contrato, en la que se identifica claramente la fuente de los recursos, cumpliendo con las normativas y procedimientos establecidos por la ley. Además, se compromete a suministrar mensualmente la información sobre la ejecución de dichos recursos, debidamente respaldada por el contador, conforme a los requerimientos del ICBF. Esta contabilidad se gestiona a través del sistema contable parametrizado en SIIGO (software contable). |
| 12) Reintegrar los recursos aportados, no ejecutados, ejecutados de forma indebida o que se utilicen en gastos diferentes a los reconocidos dentro de los clasificadores del costo aprobados para la modalidad, de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta el ICBF. Remitir al supervisor del contrato, dentro de los tres (3) días siguientes a la consignación, copia del documento donde conste la operación que, por concepto de reintegros, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón la ejecución del contrato. El contratista puede autorizar que el ICBF descuente del saldo a favor, el valor correspondiente al reintegro que<br>se llegase a causar. En el caso en que el contratista no reintegre o autorice el descuento del recurso, el supervisor de contrato puede descontar dicho recurso del saldo a favor antes de la terminación del contrato. PARÁGRAFO: Las consignaciones a que hace referencia esta obligación deben realizarse únicamente en la cuenta informada por escrito por el supervisor del contrato. | **SI** | "Mensual- copia de la consignación y/o transferencia cuando se haya solicitado reintegro y no se haya realizado descuento. (Si aplica).<br>• Documento que acredite que el reintegro se haya realizado en la cuenta definida por el<br>ICBF, por el valor y en el tiempo establecido, cuando se haya solicitado. Y/o Certificación firmado por el Contador y/o Revisor Fiscal" | Durante el período, la Fundación Social Yo Te Cuido no presentó consigancion de los rendimientos financieros ni reintegros en la cuenta de ahorros, específicamente destinados para el manejo de los recursos proporcionados por el ICBF. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13) Presentar la información contable al supervisor y llevar cuenta bancaria de ahorros exclusiva para el contrato y en el caso que aplique y sea notificado por el supervisor debe tener cuenta maestra para el manejo de los recursos destinados para el presente contrato de conformidad con lo establecido en la Resolución 1400 del 24 de febrero de 2020 modificada por las Resoluciones 8300 de 2021 y 3944 de 2022 | **SI** | "Inicio del contrato e informe de seguimiento financiero mensual 1) Extractos de cuenta ahorro del contrato<br>2) Certificacion cuenta bancario destinada para uso exclusivo del contrato<br>3) Libro auxiliar de la cuenta de bancos<br>4) Conciliacion bancaria" | Durante el período, la Fundación presentó la información contable correspondiente, incluyendo los libros de cuentas auxiliares, los registros bancarios y la conciliación bancaria del período. Además, se incluyeron los certificados bancarios de la cuenta de ahorros, cuenta maestra, destinados exclusivamente para la ejecución del contrato. |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL** | | | |
| 1. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes | **SI** | "Al inicio del contrato y de manera mensual<br>Informe de prestación del servicio<br>soporte de entrega del formato de responsable de punto de entrega al profesional responsable del AAVN en la<br>regional o centro zonal<br>Certificado expedido por el represnetante legal " | APLICA PARA EL MUNICIPIO DE GARZON, LA FUNDACION REALIZA EL ADECUADO ALMACENAMIENTO HACIENDO EL USO ADECUADO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POS ICBF PARA LA RESPECTIVA ENTREGA A LOS USUARIOS. |
| 2. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato, y suministro de la alimentación a las niñas, niños y adolescentes beneficiarios para la Modalidad de atención, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso, se podrá donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF. | **SI** | "Informe mensual de prestación del servicio<br>certificación expedida por el representante legal " | INFORME MENSUAL DE BIENESTARINA |
| 3. Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservación | **SI** | "Informe mensual sobre la prestación del servicio<br>Informe mensual de visitas de la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimento de Alto valor Nutricional<br>Anexo No. 57 IN5.P5.PP Instrumento de seguimiento al cumplimiento de condiciones para la recepción, almacenamiento y control de Alimentos de Alto Valor Nutricional en punto de entrega. " | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 4. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes | **SI** | " Mensual<br>Acta y/o planilla de entrega de AAVN<br>Anexo 1 evidencia del correo electronico enviado con la informacion de saldos<br>Anexo 2 Certificado expeidido por el representante legal con informaicon de saldos ." | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 5. Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor<br>Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro | **SI** | "Informe mensual de prestación del servicio<br>Acta de entrega de alimentos de alto valor nutricional a unidades de servicios y/o beneficiarios." | En el municipio de Garzon se realizo entrega del alimento de alto valor nutricional el dia 27-03-2025, se anexa planilla |
| 6. Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios<br>donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega. | **SI** | "Informe mensual sobre la prestación del servicio instrumento<br>Anexo 57 de la rotación<br>de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional<br>Anexo 1 : f3.p5.pp formato entrega de alimentos de alto valor nutricional a unidades ejecutoras o de servicio v3<br>Anexo 2 f1.p5.pp formato control de inventarios alimentos de alto valor nutricional v5" | Garzón se cuenta con planilla de contro de inventarios alto valor nutricional donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución. |
| 7.Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las<br>unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN | **N/A** | "Informe mensual sobre la prestación del servicio<br>certificación expedido por el representante legal " | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 8.Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional. | **SI** | "Mensual<br>Certificacion expedida por el representante legal<br>Comunicación de solicitud de asesoría y respuesta de la regional listados de asistencia, actas, registro fotográfico" | Para el periodo comprendido del 01 al 31 de marzo del 2025, la profesional en nutricion del operador asistio a la ASISTENCIA TECNICA RESPONSABLE PUNTO AAVN : presencial, centro zonal Garzón , el día 27-03-2025 hora 09:00 a.m |
| 9. Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF. | **SI** | "Mensual<br>Certificado expedido por el representante legal<br>Actas o comunicaciones escritas sobre la gestión de la promoción del control social a las que fue convocado y que<br>anexa lista de asistencia o soportes de la participación en estas actividades" | Para el periodo comprendido del 01 al 31 de marzo del 2025, la profesional en nutricion del operador asistio a la ASISTENCIA TECNICA RESPONSABLE PUNTO AAVN : presencial, centro zonal Garzón , el día 26-02-2025 hora 09:00 a.m, no se realizaron mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana convocadas por parte del ICBF. |
| 10. Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF. | **N/A** | "Mensual<br>Actas de las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF.<br>Requerimientos realizados y respuesta por parte del contratista<br>Certificado expedido por el representante legal." | Para el periodo comprendido del 01 al 31 de marzo 2025, la fundacion social Yo te cuido no recibio requerimiento por parte del ICBF , que se requiera dar respuesta a los organimos de control dl estado. |
| 11. Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional. | **N/A** | "Mensual<br>Certificado expedido por el representante legal<br>Relacion de cantidades de alimentos que presenten vencimientos, generen averías por mal almacenamiento o redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF y el recibo de consignación." | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 12. Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría. | **N/A** | "Mensual<br>Certificado expedido por el representante legal.<br>Acta de visita por interventoria " | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |
| 13. Al finalizar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF. | **N/A** | "Informe mensual sobre la prestación del servicio.<br>Certificado expedido por el representante legal " | PARA ESTE PERIODO NO SE EVIDENCIA SOPORTES POR DICHOS CONCEPTOS |

**YUDI PAOLA AGUIRRE LOSADA**
**C.C. No. 36.347.141 de**
**Campoalegre**
Representante Legal-FUNDACION SOCIAL
YO TE CUIDO

**YURY MARCELA CASTRO YASNO**
**C.C. No. 1.024.486.136 de Bogota**
Tarjeta Profesional No. 301942-T Revisora Fiscal

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

# PERMISOS Y/O AUTORIZACIONES AMBIENTALES

## Obligación #2

**Se adjunta concepto sanitario vigente a la fecha, otorgado por la secretarias de salud municipal.**

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

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

# PERMISOS Y/O AUTORIZACIONES AMBIENTALES

## Obligación #2

**Se adjunta concepto sanitario vigente a la fecha, otorgado por la secretarias de salud municipal.**

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

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

CIUDAD: Pitalito FECHA: 03/07/24 ACTA Nº: 183

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial: X Establecimientos de Esparcimiento Público: ☐ Establecimientos de Diversión Público: ☐

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SSM Pitalito

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

*RAZÓN SOCIAL: Fundación Social Yo Te Cuido
*CÉDULA / NIT: 901. 496. 702 - 9
*NOMBRE COMERCIAL: Fundación Social Yo Te Cuido
*DIRECCIÓN: Cll 1A # 5-52 MATRÍCULA MERCANTIL:
*DEPARTAMENTO: Huila. *MUNICIPIO: Pitalito
Barrio: Trinidad Manzana: Contorno: 3 Localidad:
Sector: Consultorio: Edificio: UPZ:
Otro: ☐ Cuál:
TELÉFONOS: 320422 7379 CORREO ELECTRÓNICO:
CORREO ELECTRÓNICO: coordinador1yotecuido@gmail.com
NOMBRE DEL PROPIETARIO: Fundación Social Yo Te Cuido
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT X *Número de documento: 901. 496. 702 - 9
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Hernan David Bonilla Aguirre
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ☐ NIT ☐ *Número de documento: 1.003. 951. 300
CORREO ELECTRÓNICO: coordinador1yotecuido@gmail.com
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cll 1A # 5-52
EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI X NO ☐
EMAIL/LUGAR DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: coordinador1yotecuido@gmail.com
*DEPARTAMENTO: Huila *MUNICIPIO: Pitalito
HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: Oficina Nº DE TRABAJADORES: 6
Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: (6)
Nº DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: (6)
CÓDIGO CIIU: SI X NO ☐ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: 59199 - NA

**CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA | FAVORABLE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ULTIMA INSPECCION | % |
| Nº ACTA DE ULTIMA VISITA | | | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | | |
| | | | DESFAVORABLE | | |

**OBJETIVO DE LA VISITA**

| | | |
|---|---|---|
| PEDI/FIMACION | SOLICITUD DEL PRESTADOR | ASESORIA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS |
| SOLICITUD OFICIAL | EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA | OBJETIVOS DE INSPECCION DEL PROCESO PROCESOS SANITARIOS ESPECIALES |

OTRO: Especifique:

NOMBRE Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE SER EL MOTIVO DE LA VISITA UNA SOLICITUD DE INTERESADO O RADICADO POR

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

| | |
|---|---|
| Cumplimiento (C): | Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| Cumplimiento parcial (CP): | Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| No cumplimiento (NC): | Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar o evalua |
| Crítico (CR): | La razón "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y debe aplicar medida sanitaria de Seguridad que implica que el establecimiento cierre su funcionamiento en condiciones inseguras |
| No Aplica (NA): | Cuando el criterio a evaluar no corresponde o la actividad realizada por el objeto de IVC<br>**Nota: (para no afectar calificación de los ítems se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y comisionado)** |

**REVISIÓN DOCUMENTAL**

| DOCUMENTOS | DOCUMENTADO SI | DOCUMENTADO NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Documento de informe de seguridad y vigilancia en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo | | | |
| Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental) | | | |
| Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental) | | | |
| En caso de contar de vehículo de carnes, transporte contratado para ejercer el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción | | | |

## 1. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

### 1. CONDICIONES LOCATIVAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | El establecimiento está ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de letrinas de pozos, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, malezas, contaminantes y, en general, a focos de insalubridad y de peligros entre en las zonas de riesgo, que afecten o pongan en vulneración, artículo (Art. 180, 182,183 Ley 9 de 1979) | 5 | 2.5 | 0 | | |
| 1.2 | Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con faja acuosa ( Art 49 Resolución 14061 de 1983) | 4 | 2 | 0 | | |
| 1.3 | En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y externos, de manera que ofrezcan condiciones para evitar tropiezos y accidentes, revestidos para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979) | 2 | 2 | 0 | | |
| 1.4 | En el establecimiento los techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 196 Ley 9 de 1979) | 3 | 3 | 0 | | |
| 1.5 | Las tejas e instalaciones eléctricas como interruptores, instalaciones, lámparas y demás equipos o elementos ubicados para iluminación en áreas expendidas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, calculadas y protegidas, de manera que no presenten los riesgos de derrame y no sean el contacto con los alimentos contenidos a razones (Art. 117 Ley 9 de 1979) | 0 | 1.5 | 0 | | |
| 1.6 | Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están construidas de material antideslizantes. (Art 47 y 48 Resolución 14061 de 1983) | 4 | 0 | 0 | | N/A |
| 1.7 | La ventilación es adecuada para el uso (Art. 197 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 1.8 | La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979) | 3 | 1.5 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | | La calificación del bloque corresponde al 28,5 % del total de la acta |

### 2. CONDICIONES SANITARIAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos y elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes. (cantidad y características). (Art 30 Resolución 14061 de 1983) | 10 | | 0 | | Ok |
| 2.2 | El establecimiento mantiene las condiciones de el orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros) (art 207 ley 9 de 1979) | 5 | 1 | 0 | | |
| 2.3 | Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados | 4 | 2 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | | La calificación del bloque corresponde al 20 % del total de la acta |

### 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

| | 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1.1 | El establecimiento se encuentra conectado a la red de sistema de acueducto y otro sistema alternativo | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.1.2 | El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 188 Ley 9 de 1979) | 4 | | 0 | | Ok |
| 3.1.3 | Las instalaciones internas para conducción están diseñadas y construidas para su funcionamiento cuentan con dotación de servicio continuo y prevén suficiente de servicio en todos los sitios de consumo ( Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007) | 5 | 1 | 0 | | |
| 3.1.4 | El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable (únicamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | 2 | 1 | 2 | | |
| 3.1.5 | El establecimiento realiza mantenimiento cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (evitar capotes) (Art 10 Decreto 1575 de 2007) | 2 | 1 | 0 | | |
| | 3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
| 3.2.1 | Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidas al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 26 Ley 9 de 1979) | 2 | 1 | 0 | | |
| 3.2.2 | Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, sobre abrazaderas, rejilla en caso de gases y aseguren de la red pública el sistema, su permiten el vaciamiento, el acceso de fácil a la limpieza de conductos en el interior de las tuberías y finalmente, se evita la conexión e mantenimiento con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable | 3 | 1 | 0 | | |
| | 3.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
| 3.3.1 | Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de los residuos sólidos documentado y implementado | 3 | 1 | 0 | | |
| 3.3.2 | El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias | 3 | 1.5 | 0 | | |
| 3.3.3 | Cuenta con recipientes de material resistente que facilite su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores | 2 | 0 | 0 | | |
| | 3.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS | C | CP | NC | NA | |
| 3.4.1 | Existe un programa de manejo integral de plagas documentado e implementado (Art. 221 y Art 583 Ley 09 de 1979) | 3 | 1 | 0 | | |
| 3.4.2 | En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o partes relacionadas con estas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art. 168 Ley 09 de 79) | 5 | | 0 | | Ok |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | | La calificación del bloque corresponde al 27 % del total de la acta |

### 4. CONDICIONES DE SEGURIDAD GESTIÓN DEL RIESGO

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado. (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017) | 4 | 0 | 0 | | Sin Documentar |
| 4.2 | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes salidas y evacuación en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 208 Ley 9 de 1979) (Art 10 Resolución 14061 de 1983) | 0 | 1.5 | 0 | | |
| 4.3 | El establecimiento tiene alarma de emergencia (Art 10 Resolución 14061 de 1983) | 0 | 1 | 0 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.4 | Las escuelas cuentan con ciclos antiderrames, franja bituminosa y pavimento (Art. 40 Resolución 1960 de 1995) | C | 15 | 0 | | N/A |
| 4.5 | La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios rotulados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento (Art 52 Resolución 1409 de 1995) | C | 2.5 | 0 | | |
| 4.6 | Existe botiquín de primeros auxilios (Art 127 Ley 9 de 1979) | C | 1.5 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | La calificación del bloque corresponde al 16 % de este ítem | |

## III. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario emitido | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| 91,5% | FAVORABLE | 95% A 100 % |
| | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | 80% A 94% |
| | DESFAVORABLE | 0 A 79 % |

## IV. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

| | |
|---|---|
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS (AVAN) | |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | |

## IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

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

2) Implemente un plan de emergencias para la sede de la fundación (Pitalito)

## V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del Establecimiento:

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

- Clausura temporal total
- Clausura temporal parcial
- Suspensión parcial de trabajos o servicios
- Suspensión total de trabajos o servicios
- Decomiso
- Destrucción o inutilización
- Congelación
- Otras (Cuales?)
- Aislamiento o cuarentena de personas para evitar la transmisión de enfermedad
- Prohibición de tenencia y consumo de alimentos
- Prohibición o restricción de
- Otras (Cuales?)

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

## VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

| | |
|---|---|
| DÍAS HÁBILES PLAZO | |
| FECHA INICIO PLAZO | |
| FECHA LIMITE DE PLAZO | |

## VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia de la verificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervienen en la visita, hoy 03 del mes de julio de año 2024 en la ciudad de Pitalito

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

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

| POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA | |
|---|---|
| FIRMA | FIRMA |
| NOMBRE Edwar H. Ruiz Rodriguez | NOMBRE |
| CÉDULA 1.075 291.110 | CÉDULA |
| CARGO Profesional de Apoyo | CARGO |
| INSTITUCIÓN SSM Pitalito | INSTITUCIÓN |
| **POR PARTE DEL RESPONSABLE O COMPETENTE** | |
| FIRMA | FIRMA |
| NOMBRE Katherine Ramos Salazar | NOMBRE |
| CÉDULA 1077.424.524 D. | CÉDULA |
| INSTITUCIÓN I. Social Lo te cuido | INSTITUCIÓN |
| CARGO Trabajadora Social. | CARGO |

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

# PERMISOS Y/O AUTORIZACIONES AMBIENTALES

## Obligación #2

**Se adjunta concepto sanitario vigente a la fecha, otorgado por la secretarias de salud municipal.**

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

Secretaría de Salud Dptal.

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

SOMOS, SOMOS HUILENSES GRANDES — Gobernación del Huila

Acta No. 41396-001

## INFORMACION GENERAL

**OBJETO DE LA VISITA**

| | |
|---|---|
| Visita de oficio | X |
| Queja del usuario | |
| Por Requisito Condicionante Previo | |
| Solicitud del interesado | |

**SEGUIMIENTO DE VISITA**

| | VISITA | FECHA |
|---|---|---|
| Visita Inicial | | 16-05-2021 |
| 1ª Control | | |
| 2ª Control | | |
| 3ª Control | | |

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD: Norte
DEPARTAMENTO O DISTRITO: Huila
FECHA DE VISITA: 16-05-2021

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre o Razón social | Fundacion Social Yo Fortuno | NIT. No. | 901496706-9 |
| Dirección y Barrio | Cra 3 #3-34 Villa del Prado | Teléfono | 3206129977 |
| Representante Legal | Paola Agudelo | C.C. | 36347141 |
| Tipo de Establecimiento (subrayar lo que aplica) | | e-mail | psicologapaola@fundacionyo.co |
| | | Observaciones | |

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

**POBLACION**

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

| CRITERIOS DE EVALUACIÓN | |
|---|---|
| Cumplimiento (C) | Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| Cumplimiento parcial (CP) | Cuando el establecimiento cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| No cumplimiento (NC) | Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar |
| Crítico (CR) | La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar está catalogado de riesgo e intolerable para la salud pública y debe aplicar Medida Sanitaria de seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento hasta que cumpla las condiciones mínimas |
| No Aplica (N/A) | Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el sujeto de IVC. Nota: para no afectar calificación ítems bloques se dejan otra como Cumple (C) y se indican en Observaciones las razones por que "no aplica" para el establecimiento en vigilado y controlado |

| Aspectos generales a inspeccionar | Calificación / Cumplimiento C | CP | NC | NA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| **1. CONDICIONES LOCATIVAS** | | | | | |
| 1.1. Se encuentran debidamente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 1.2. Demuestra de conocimiento de esta materia | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 1.3. Explique de conocimiento | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 1.4. Material adecuado (Señales) | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 1.5. Sistema de ventilación de ventiladores (ventiladores). | 2 | 1 | 0 | NA | |
| **2. CONDICIONES SANITARIAS** | | | | | |
| 2.1. Los servicios sanitarios están en condiciones adecuadas (separados por sexo) con los elementos necesarios para su servicio (papel, jabón, toalla) y elementos visibles el certificado de Limpieza de manos. | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 2.2. El aseo general cuenta actualmente permite el funcionamiento adecuado y conforme a lo requerido en la legislación sanitaria. | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 2.3. Presenta implementos en buen estado, mantiene para otro mantenimiento de sustancias tóxicas (plaguicidas, insecticidas y pesticidas) | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 2.4. Presenta el Programa de limpieza y desinfección. Si aplica capacitación de seguimiento y validez de la calificación. | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 2.5. El control de plagas la realizan con una empresa Aplicadora de plaguicidas sanitaria, mediante aseo de ambientes sanitarios ocupacionales | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 2.6. Medios Presencia de plagas (cucarachas, roedores, insectos) | 2 | 1 | 0 | NA | |
| **3. SALUD OCUPACIONAL** | | | | | |
| 3.1. Afiliación a ARL Y EPS. Carnet vigente | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 3.2. Plan de evacuación ante una emergencia. Solicitar Copia documento | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 3.3 Existe botiquín dotado y camilla, extintores o dispositivos contra incendios ubicados y señalizados para la prevención de personas ausentes. | 2 | 1 | 0 | NA | |
| 3.4. Evidencia de elementos de protección personal sanitarios a la actividad desarrollada. Solicitar Copia de constancia de entrega de EPP a empleados. | 2 | 1 | 0 | NA | |
| **4. ESPACIOS 100% LIBRES DE HUMO** | | | | | |
| 4.1. Existe un aviso en un lugar visible al público de acuerdo a la Ley 1335 de 2009 sobre prohibición de fumar al público que consuman cigarrillos de cigarrillos. | 1 | 1 | 0 | NA | |
| 4.2. No cuenta con elementos que facilitan el consumo de cigarrillos y sus derivados. Ej. ceniceros, botellas, encendedores, puestos de colillas, entre otros. | 2 | 1 | 0 | NA | |
| Resultados Obtenidos ( Sumatoria de ordenadas 2 y 1 ) | | | | | |

**OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Hogar sostenido

Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de ____ días, contados a partir del _____, del mes del ____ de _____ de acuerdo a la Ley 9 de 1979 y demás disposiciones legales vigentes.

**CONCEPTO DE LA VISITA**

| CALIFICACION | | RESULTADO OBTENIDO EN PORCENTAJE (%) |
|---|---|---|
| 34 - 31 | FAVORABLE (100% - 90%) X | 100% |
| 30 - 16 | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS (89% - 51%) | |
| 15 - 0 | DESFAVORABLE (50% - 0%) | |

| FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA | | PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Angela Sofia Cabrera | NOMBRE | Paola Andrea Agudelo |
| CC. | 55170223 | CC. | 36347141 |
| CARGO | TO. SANITARIA | CARGO | Psicologa |
| FIRMA | | FIRMA | |

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**<br>**MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS** | F35.G7.ABS | 25/09/2019 |
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PÚBLICA | |

## MATRIZ DE COMPATIBILIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA / OPERADOR:** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA:** | **mar-25** |
| **LUGAR / SEDE:** | **La Plata** | **ELABORADO POR:** | SIGE |

| | **MATERIAL QUÍMICO** | **SGA** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | JABON EN POLVO | LIMPIDO | LAVALOZA LIQUIDO | JABON PARA MANOS | AMBIENTADOR | AROMATIZANTE PARA PISO | N/A |
| | | |  |  |  |  |  |  | N/A |
| **1** | JABON EN POLVO |  | | | | | | | N/A |
| **2** | LIMPIDO |  | | | | | | | N/A |
| **3** | LAVALOZA LIQUIDO |  | | | | | | | N/A |
| **4** | JABON PARA MANOS |  | | | | | | | N/A |
| **5** | AMBIENTADOR |  | | | | | | | N/A |
| **6** | AROMATIZANTE PARA PISO |  | | | | | | | N/A |

| **CONVERSIÓN** | |
|---|---|
| | Se puede almacenar juntos |
| | Se puede almacenar teniendo en cuenta la información de las hojas de seguridad del producto |
| | Almacenar en estantes separados |

| **SIMBOLOS PICTOGRAMAS** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
|  | Peligro de explosivos |  | Gases bajo presión |  | Químico nocivo |
|  | Inflamable |  | Corrosión |  | Daño al medio ambiente |
|  | Carburante |  | Toxicidad |  | Peligro para la salud |

**Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Cedula 36,347,141**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS** | F35.G7.ABS | 25/09/2019 |
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | **MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS** | CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PÚBLICA | |

**LISTA DE CHEQUEO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA / OPERADOR:** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA:** | | **mar-25** |
| **LUGAR / SEDE:** | **La Plata** | **ELABORADO POR:** | | **SIGE** |

**Descripción del uso:** *(describir las actividades en las que se utilizan las sustancia químicas).*

| Nº | ASPECTO DE VERIFICACION | SI | NO | NO APLICA | ACCIONES DE MEJORA U OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | El piso del depósito de productos químicos es plano, para un manejo sencillo, seguro y evitar derrames | X | | | |
| 2 | Está suficientemente identificado y correctamente señalizado el espacio donde se almacenan las sustancias químicas | X | | | |
| 3 | Se dispone de las hojas de seguridad de todos las sustancias químicas que se utilizan | X | | | |
| 4 | Las hojas de seguridad y matriz de compatibilidad de los productos químicos están ubicadas en un lugar visible en el área donde se están almacenando o utilizando. | X | | | |
| 5 | Las personas que tienen contacto con las sustancias químicas conocen y comprenden las hojas de seguridad. | | X | | Pendiente sensibilizacion para el nuevo contrato segùn cronograma |
| 6 | Las personas que tienen contacto con las sustancias químicas se encuentran capacitadas sobre el manejo y almacenamiento adecuado de sustancias químicas. | X | | | Pendiente sensibilizacion para el nuevo contrato segùn cronograma |
| 7 | Se cumplen con las indicaciones de almacenamiento y uso de las sustancias químicas expuestas en las hojas de seguridad. | X | | | |
| 8 | Se almacenan las sustancias químicas de acuerdo a los resultados de la matriz de compatibilidad. | X | | | |
| 9 | Se almacenan los productos inflamables en muebles protegidos o en recintos especiales. | X | | | |
| 10 | Ofrecen suficiente resistencia física los envases de almacenamiento de sustancias químicas | X | | | |
| 11 | Los envances se encuentran marcados de acuerdo a la sustancia que contiene | X | | | |
| 12 | Los muebles donde se almacenan las sustancias químicas están debidamente anclados para evitar derrames. | X | | | |
| 13 | Los residuos de envases de productos químicos se almacenan y disponen adecuadamente | X | | | |
| 14 | Se cuentan con elementos como kits antiderrames para la contención de posibles fugas o derrames. | | | X | |
| 15 | Se tiene establecido un protocolo u otro documento para la prevención y atención de emergencias relacionadas con sustancias químicas. | X | | | |
| 16 | Se evita transvasar productos químicos a otros envases no controlados. | X | | | |
| 17 | Se verifican la fecha de vencimiento de los productos químicos | X | | | |
| 18 | Se controla el acceso al espacio donde se almacenan las sustancias químicas | X | | | |

**Anexo 1. Registro Fotográfico**

| | | | |
|---|---|---|---|
|  | |  | |
| Foto 1 | Lugar: | Foto 2 | Lugar: |
| Descripción: blanqueador desinfectante | | Descripción: detergente en polvo | |
|  | |  | |
| Foto 3 | Lugar: | Foto 4 | Lugar: |
| Descripción: lavalozas liquido | | Descripción: jabon liquido para manos | |
|  | | | |
| Foto 5 | Lugar: | Foto 6 | Lugar: |
| Descripción: limpiapisos | | Descripción | |
| | | | |
| Foto 7 | Lugar: | Foto 8 | Lugar: |
| Descripción | | Descripción | |

**Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Cedula 36,347,141**

| Nº | NOMBRE COMERCIAL | COMPONENTES QUIMICOS | HOJA DE SEGURIDAD (SI/NO) | FICHA TECNICA (SI/NO) | ESTADO (SÓLIDO/LÍQUIDO/ GASEOSO) | PICTOGRAMA * | CLASIFICACIÓN NACIONES UNIDAS -UN * | USO | INCOMPATIBILIDADES + | EPPS (Elementos de protección personal) * | RIESGOS PARA LA SALUD * | CLASIFICACIÓN TOXICOLOGICA* | RIESGOS PARA EL MEDIO AMBIENTE * |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jabon En Polvo | Sales alcalinas<br>Xi / H315<br>Del 5 al 20%<br>Tensoactivos aniónicos<br>Xn / R22 / R38 / R41<br>Menos del 5%<br>Tensoacticvo no iónico<br>N / Xn / R22 / R41 / R50<br>Menos del 5%<br>Jabón<br>Xi / H315 / R38 | si | SI | solido |  | SUSTANCIA TOXICA | DETERGENTE PARA EL LAVADO DE ROPA Y SUPERFICIES<br>Usos específicos: no requiere medidas especiales | Tensoactivos catiónicos, oxidantes y ácidos minerales | GUANTES, GAFAS TRANSPARENTES, TAPABOCAS | Contacto con los ojos: Puede causar irritación leve, enrojecimiento y lagrimeo excesivo.<br><br>Contacto con la piel: Puede presentar algún tipo de dermatitis ligera, si existe<br>alguna reacción a sus componentes, está reacción desaparece sin atención médica.Si el contacto es permanente y directo puede presentar algún tipo de descamación en pieles muy sensibles.<br><br>Inhalación: No es tóxico al ser inhalado. Los vapores del producto no causan irritación en vías respiratorias.<br><br>Ingestión: En pequeñas cantidades puede causar dolor estomacal y vomito, encantidades mayores puede llegar a ser tóxico | Producto no clasificado como peligroso | evitar que el producto penetre en cauces de agua y en el sistema de alcantarillado.<br><br>Métodos de limpieza: recoger el producto y lavar la superficie con abundante agua para eliminar los restos. |
| 2 | Limpido | Ox. Gas 1 ;H270<br>Press. Gas (Liq.) ;H280Acute Tox. Inha 2 ;H330<br>Eye Irrit. 2 ;H319<br>Skin Irrit. 2 ;H315<br>STOT SE 3 ;H335<br>Aquatic Acute 1 ;H400<br>Aquatic Chronic 1 ;H410<br>Acute M = 100<br>Chronic M = 1 | si | si | liquido | <br>H270:<br>H280:<br>H315<br>H319<br>H410:<br>EUH071 | SUSTANCIA TOXICA, CORROSIVA, PELIGRO PARA MEDIO AMBIENTE, GASES, COMBURENTE, | diseñado para la desinfeccion y limpieza de todas las areas intervenir | Acidos | GUANTES, GAFAS TRANSPARENTES, TAPABOCAS | corrosión o irritación cutáneas : Puede causar inflamación de la piel Graves quemaduras de la piel en altas concentraciones lesiones o irritación ocular graves : En altas concentraciones produce graves quemaduras en los ojos<br><br>sensibilización respiratoria o cutánea : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Mutagenicidad : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Carcinogénesis : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Tóxico para la reproducción : fertilidad : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Tóxico para la reproducción : feto : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>toxicidad específica en determinados órganos (STOT)<br><br>exposición única: Pueden producir inflamación del sistema respiratorio En altas concentraciones quemaduras en el tracto respiratorio<br><br>Órganos diana : Vías respiratorias toxicidad específica en determinados órganos (STOT)<br><br>exposición repetida: Se desconocen los efectos de este producto peligro de aspiración | Toxicidad aguda : Posible edema pulmonar con desenlace mortal | Muy tóxico para los organismos acuáticos. |
| 3 | Lavaloza Liquido | Agua, Hidróxido de Sodio, Ácido dodecilbencen sulfónico, Agentes Humectantes, Agentes desengrasantes, Fragancias Cítricas | si | si | liquido | GHS07 | SUSTANCIA TOXICA | diseñado para la remoción de grasa y residuos alimenticios en la loza y demás implementos de cocina. Por su elevada concentración es un producto muy rendidor, de igual forma facilita la labor de limpieza en la cocina, casinos, restaurantes, etc. Gracias a la incorporación de agentes humectantes no se reseca la piel. | blanqueadores o sustancias ácidas. | GUANTES, GAFAS TRANSPARENTES, TAPABOCAS | Contacto con los ojos: Puede causar irritación leve, enrojecimiento y lagrimeo excesivo.<br><br>Contacto con la piel: Puede presentar algún tipo de dermatitis ligera, si existe<br>alguna reacción a sus componentes, está reacción desaparece sin atención médica.Si el contacto es permanente y directo puede presentar algún tipo de descamación en pieles muy sensibles.<br><br>Inhalación: No es tóxico al ser inhalado. Los vapores del producto no causan irritación en vías respiratorias.<br><br>Ingestión: En pequeñas cantidades puede causar dolor estomacal y vomito, encantidades mayores puede llegar a ser tóxico | Producto no clasificado como peligroso | El producto es completamente soluble en agua, no suele ser tóxico para los organismos acuáticos y cuando el producto es usado para su finalidad no debe causar daños en el medio ambiente. |
| 4 | Jabon Liquido Manos | OMPOSICIÓN:<br>AGUA<br>TENSOACTIVOS ANIONICOS<br>TENSOACTIVOS NO IONICOS<br>GLICERINA,<br>PERFUME -<br>CONSERVANTES | si | si | liquido |  | SUSTANCIA TOXICA | para lavado de manos | no es reactivo | No requiere | no se anticipan efectos adversos<br><br>sobre la salud debido al uso del Jabón Líquido para Manos.<br><br>La fórmula del Jabón Líquido para<br>Manos no presenta riesgos para la salud cuando se use según las indicaciones impresas en la etiqueta. En caso de que ocurra alguna reacción alérgica en la piel<br><br>Jabón Líquido para Manos, no contiene<br>ningún compuesto cancerígeno como los define la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA) | Producto no clasificado como peligroso | Producto biodegradable |
| 5 | Ambientador | Agua<br>Conservante<br>Fragancia<br>Alcohol Isopropilico<br>Emulsionantes<br>Fragancias | si | SI | gaseoso | H302<br>H320<br> | SUSTANCIA BAJA TOXICIDAD | Está diseñado para aromatizar ambientes como oficinas, baños, casas, hoteles, entre otros, eliminando los malos olores y dejando en el ambiente un agradable olor a limpieza y frescura | Calor, luz directa | No requiere | No carcinógeno, no es erotógeno, no contiene efectos embriotóxicos, mutagénicos. | Producto no clasificado como peligroso | no suele ser tóxico para los organismos acuáticos y cuando el producto es usado para su finalidad no debe causar daños en el medio ambiente |
| 7 | Aromatizante para el piso | Agua<br>Conservante<br>Fragancia<br>Alcohol Isopropilico<br>Emulsionantes<br>Fragancias | si | SI | liquido | H302<br>H321<br> | SUSTANCIA TOXICA | Está diseñado para aromatizar ambientes como oficinas, baños, casas, hoteles, entre otros, eliminando los malos olores y dejando en el ambiente un agradable olor a limpieza y frescura | Calor, luz directa | GUANTES, TAPABOCAS | No carcinógeno, no es erotógeno, no contiene efectos embriotóxicos, mutagénicos. | Producto no clasificado como peligroso | no suele ser tóxico para los organismos acuáticos y cuando el producto es usado para su finalidad no debe causar daños en el medio ambiente |

**Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Cedula 36,347,141**

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

# FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

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

Se certifica mediante la presente que para el contrato N° 41006922024 del 30 de diciembre del 2024 al 30 junio del 2025, se implementaron buenas prácticas ambientales durante la ejecución del contrato, obteniendo principalmente los siguientes resultados:

| Buena práctica ambiental | Describir las actividades realizadas | Registro fotográfico |
|---|---|---|
| Ahorro y uso eficiente de agua | *Las llaves para el suministro de agua no tienen goteras ni daños en tuberías donde se evidencia desperdicio de agua.* |  |
| Ahorro y uso eficiente de energía | *Los espacios de la sede ubicada en Pitalito cuenta con espacios con amplia iluminación natural lo que no requiere que en el día se deba prender bombillos. Del mismo modo, la sede cuenta con bombillos ahorradores de energía* |  |
| Ahorro y uso eficiente de papel | *En la fundación Social Yo Te Cuido todos los documentos son impresos a doble cara siempre y cuando se requiera de manera obligatoria la presencia de la documentación.* | |
| Manejo de residuos | ***Identificación de tipo de residuos generados:*** *dentro de los residuos generados están los ordinarios y los aprovechables como el papel.*<br>***Separación en la fuente:*** *La fundación Social Yo Te Cuido, cuenta con puntos ecológicos ubicados respectivamente en cada sede.*<br>***Almacenamiento:*** *si se cuenta con espacio para el almacenamiento temporal de los residuos debidamente separados, señalizados en orden y limpieza.*<br>***Aprovechamiento y disposición final:*** *Empresa Recuperar en Neiva.*<br>***Actividades de sensibilización:*** *Se realiza la socialización de la política ambiental del ICBF y en la inducción* | <br> |




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

| Buena práctica ambiental | Describir las actividades realizadas | Registro fotográfico |
|---|---|---|
| | *se aclara la clasificación de los residuos según los colores de los recipientes especificados en la Resolución 2184/19.* | |

Dado en Neiva, el 31 de marzo del 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
C.C.36.347.141
Representante legal
Fundación Yo Te Cuido

PÚBLICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**<br>**MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS** | F35.G7.ABS | 25/09/2019 |
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PÚBLICA | |

## MATRIZ DE COMPATIBILIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA / OPERADOR:** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA:** | **mar-25** |
| **LUGAR / SEDE:** | **Garzon** | **ELABORADO POR:** | SIGE |

| | **MATERIAL QUÍMICO** | **SGA** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | JABON EN POLVO | LIMPIDO | LAVALOZA LIQUIDO | JABON PARA MANOS | AMBIENTADOR | AROMATIZANTE PARA PISO | N/A |
| | | |  |  |  |  |  |  | N/A |
| **1** | JABON EN POLVO |  | | | | | | | N/A |
| **2** | LIMPIDO |  | | | | | | | N/A |
| **3** | LAVALOZA LIQUIDO |  | | | | | | | N/A |
| **4** | JABON PARA MANOS |  | | | | | | | N/A |
| **5** | AMBIENTADOR |  | | | | | | | N/A |
| **6** | AROMATIZANTE PARA PISO |  | | | | | | | N/A |

| **CONVERSIÓN** | |
|---|---|
| | Se puede almacenar juntos |
| | Se puede almacenar teniendo en cuenta la información de las hojas de seguridad del producto |
| | Almacenar en estantes separados |

| **SIMBOLOS PICTOGRAMAS** | | |
|---|---|---|
|  Peligro de explosivos |  Gases bajo presión |  Químico nocivo |
|  Inflamable |  Corrosión |  Daño al medio ambiente |
|  Carburante |  Toxicidad |  Peligro para la salud |

**Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Cedula 36,347,141**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS** | F35.G7.ABS | 25/09/2019 |
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | **MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS** | CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PÚBLICA | |

**LISTA DE CHEQUEO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA / OPERADOR:** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA:** | | **mar-25** |
| **LUGAR / SEDE:** | **Garzón** | **ELABORADO POR:** | | **SIGE** |

**Descripción del uso:** *(describir las actividades en las que se utilizan las sustancia químicas).*

| Nº | ASPECTO DE VERIFICACION | SI | NO | NO APLICA | ACCIONES DE MEJORA U OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | El piso del depósito de productos químicos es plano, para un manejo sencillo, seguro y evitar derrames | X | | | |
| 2 | Está suficientemente identificado y correctamente señalizado el espacio donde se almacenan las sustancias químicas | X | | | |
| 3 | Se dispone de las hojas de seguridad de todos las sustancias químicas que se utilizan | X | | | |
| 4 | Las hojas de seguridad y matriz de compatibilidad de los productos químicos están ubicadas en un lugar visible en el área donde se están almacenando o utilizando. | X | | | |
| 5 | Las personas que tienen contacto con las sustancias químicas conocen y comprenden las hojas de seguridad. | | X | | Esta pendiente sensibilizacion para el nuevo contrato según cronograma de capacitacion |
| 6 | Las personas que tienen contacto con las sustancias químicas se encuentran capacitadas sobre el manejo y almacenamiento adecuado de sustancias químicas. | | X | | Esta pendiente sensibilizacion para el nuevo contrato según cronograma de capacit |
| 7 | Se cumplen con las indicaciones de almacenamiento y uso de las sustancias químicas expuestas en las hojas de seguridad. | X | | | |
| 8 | Se almacenan las sustancias químicas de acuerdo a los resultados de la matriz de compatibilidad. | X | | | |
| 9 | Se almacenan los productos inflamables en muebles protegidos o en recintos especiales. | X | | | |
| 10 | Ofrecen suficiente resistencia física los envases de almacenamiento de sustancias químicas | X | | | |
| 11 | Los envances se encuentran marcados de acuerdo a la sustancia que contiene | X | | | |
| 12 | Los muebles donde se almacenan las sustancias químicas están debidamente anclados para evitar derrames. | X | | | |
| 13 | Los residuos de envases de productos químicos se almacenan y disponen adecuadamente | X | | | |
| 14 | Se cuentan con elementos como kits antiderrames para la contención de posibles fugas o derrames. | | | X | |
| 15 | Se tiene establecido un protocolo u otro documento para la prevención y atención de emergencias relacionadas con sustancias químicas. | X | | | |
| 16 | Se evita transvasar productos químicos a otros envases no controlados. | X | | | |
| 17 | Se verifican la fecha de vencimiento de los productos químicos | X | | | |
| 18 | Se controla el acceso al espacio donde se almacenan las sustancias químicas | X | | | |

**Anexo 1. Registro Fotográfico**

| | | | |
|---|---|---|---|
|  | |  | |
| Foto 1 | Lugar: | Foto 2 : | Lugar: |
| Descripción: detergente en polvo | | Descripción: blanqueador desinfectante | |
|  | |  | |
| Foto 3 | Lugar: | Foto 4 | Lugar: |
| Descripción: lavaloza liquido | | Descripción: jabon liquido para manos | |
|  | | | |
| Foto 5 | Lugar: limpiapisos | Foto 6 | Lugar: |
| Descripción | | Descripción | |
| | | | |
| Foto 7 | Lugar: | Foto 8 | Lugar: |
| Descripción | | Descripción | |

**Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Cedula 36,347,141**

| Nº | NOMBRE COMERCIAL | COMPONENTES QUIMICOS | HOJA DE SEGURIDAD (SI/NO) | FICHA TECNICA (SI/NO) | ESTADO (SÓLIDO/LÍQUIDO/ GASEOSO) | PICTOGRAMA * | CLASIFICACIÓN NACIONES UNIDAS -UN * | USO | INCOMPATIBILIDADES + | EPPS (Elementos de protección personal) * | RIESGOS PARA LA SALUD * | CLASIFICACIÓN TOXICOLOGICA* | RIESGOS PARA EL MEDIO AMBIENTE * |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jabon En Polvo | Sales alcalinas<br>Xi / H315<br>Del 5 al 20%<br>Tensoactivos aniónicos<br>Xn / R22 / R38 / R41<br>Menos del 5%<br>Tensoacticvo no iónico<br>N / Xn / R22 / R41 / R50<br>Menos del 5%<br>Jabón<br>Xi / H315 / R38 | si | SI | solido |  | SUSTANCIA TOXICA | DETERGENTE PARA EL LAVADO DE ROPA Y SUPERFICIES<br>Usos específicos: no requiere medidas especiales | Tensoactivos catiónicos, oxidantes y ácidos minerales | GUANTES, GAFAS TRANSPARENTES, TAPABOCAS | Contacto con los ojos: Puede causar irritación leve, enrojecimiento y lagrimeo excesivo.<br><br>Contacto con la piel: Puede presentar algún tipo de dermatitis ligera, si existe<br>alguna reacción a sus componentes, está reacción desaparece sin atención médica.Si el contacto es permanente y directo puede presentar algún tipo de descamación en pieles muy sensibles.<br><br>Inhalación: No es tóxico al ser inhalado. Los vapores del producto no causan irritación en vías respiratorias.<br><br>Ingestión: En pequeñas cantidades puede causar dolor estomacal y vomito, encantidades mayores puede llegar a ser tóxico | Producto no clasificado como peligroso | evitar que el producto penetre en cauces de agua y en el sistema de alcantarillado.<br><br>Métodos de limpieza: recoger el producto y lavar la superficie con abundante agua para eliminar los restos. |
| 2 | Limpido | Ox. Gas 1 ;H270<br>Press. Gas (Liq.) ;H280Acute Tox. Inha 2 ;H330<br>Eye Irrit. 2 ;H319<br>Skin Irrit. 2 ;H315<br>STOT SE 3 ;H335<br>Aquatic Acute 1 ;H400<br>Aquatic Chronic 1 ;H410<br>Acute M = 100<br>Chronic M = 1 | si | si | liquido | <br>H270:<br>H280:<br>H315<br>H319<br>H410:<br>EUH071 | SUSTANCIA TOXICA, CORROSIVA, PELIGRO PARA MEDIO AMBIENTE, GASES, COMBURENTE, | diseñado para la desinfeccion y limpieza de todas las areas intervenir | Acidos | GUANTES, GAFAS TRANSPARENTES, TAPABOCAS | corrosión o irritación cutáneas : Puede causar inflamación de la piel Graves quemaduras de la piel en altas concentraciones lesiones o irritación ocular graves : En altas concentraciones produce graves quemaduras en los ojos<br><br>sensibilización respiratoria o cutánea : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Mutagenicidad : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Carcinogénesis : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Tóxico para la reproducción : fertilidad : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Tóxico para la reproducción : feto : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>toxicidad específica en determinados órganos (STOT)<br><br>exposición única: Pueden producir inflamación del sistema respiratorio En altas concentraciones quemaduras en el tracto respiratorio<br><br>Órganos diana : Vías respiratorias toxicidad específica en determinados órganos (STOT)<br><br>exposición repetida: Se desconocen los efectos de este producto peligro de aspiración | Toxicidad aguda : Posible edema pulmonar con desenlace mortal | Muy tóxico para los organismos acuáticos. |
| 3 | Lavaloza Liquido | Agua, Hidróxido de Sodio, Ácido dodecilbencen sulfónico, Agentes Humectantes, Agentes desengrasantes, Fragancias Cítricas | si | si | liquido | GHS07 | SUSTANCIA TOXICA | diseñado para la remoción de grasa y residuos alimenticios en la loza y demás implementos de cocina. Por su elevada concentración es un producto muy rendidor, de igual forma facilita la labor de limpieza en la cocina, casinos, restaurantes, etc. Gracias a la incorporación de agentes humectantes no se reseca la piel. | blanqueadores o sustancias ácidas. | GUANTES, GAFAS TRANSPARENTES, TAPABOCAS | Contacto con los ojos: Puede causar irritación leve, enrojecimiento y lagrimeo excesivo.<br><br>Contacto con la piel: Puede presentar algún tipo de dermatitis ligera, si existe<br>alguna reacción a sus componentes, está reacción desaparece sin atención médica.Si el contacto es permanente y directo puede presentar algún tipo de descamación en pieles muy sensibles.<br><br>Inhalación: No es tóxico al ser inhalado. Los vapores del producto no causan irritación en vías respiratorias.<br><br>Ingestión: En pequeñas cantidades puede causar dolor estomacal y vomito, encantidades mayores puede llegar a ser tóxico | Producto no clasificado como peligroso | El producto es completamente soluble en agua, no suele ser tóxico para los organismos acuáticos y cuando el producto es usado para su finalidad no debe causar daños en el medio ambiente. |
| 4 | Jabon Liquido Manos | OMPOSICIÓN:<br>AGUA<br>TENSOACTIVOS ANIONICOS<br>TENSOACTIVOS NO IONICOS<br>GLICERINA,<br>PERFUME -<br>CONSERVANTES | si | si | liquido |  | SUSTANCIA TOXICA | para lavado de manos | no es reactivo | No requiere | no se anticipan efectos adversos<br><br>sobre la salud debido al uso del Jabón Líquido para Manos.<br><br>La fórmula del Jabón Líquido para<br>Manos no presenta riesgos para la salud cuando se use según las indicaciones impresas en la etiqueta. En caso de que ocurra alguna reacción alérgica en la piel<br><br>Jabón Líquido para Manos, no contiene<br>ningún compuesto cancerígeno como los define la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA) | Producto no clasificado como peligroso | Producto biodegradable |
| 5 | Ambientador | Agua<br>Conservante<br>Fragancia<br>Alcohol Isopropilico<br>Emulsionantes<br>Fragancias | si | SI | gaseoso | H302<br>H320<br> | SUSTANCIA BAJA TOXICIDAD | Está diseñado para aromatizar ambientes como oficinas, baños, casas, hoteles, entre otros, eliminando los malos olores y dejando en el ambiente un agradable olor a limpieza y frescura | Calor, luz directa | No requiere | No carcinógeno, no es erotógeno, no contiene efectos embriotóxicos, mutagénicos. | Producto no clasificado como peligroso | no suele ser tóxico para los organismos acuáticos y cuando el producto es usado para su finalidad no debe causar daños en el medio ambiente |
| 7 | Aromatizante para el piso | Agua<br>Conservante<br>Fragancia<br>Alcohol Isopropilico<br>Emulsionantes<br>Fragancias | si | SI | liquido | H302<br>H321<br> | SUSTANCIA TOXICA | Está diseñado para aromatizar ambientes como oficinas, baños, casas, hoteles, entre otros, eliminando los malos olores y dejando en el ambiente un agradable olor a limpieza y frescura | Calor, luz directa | GUANTES, TAPABOCAS | No carcinógeno, no es erotógeno, no contiene efectos embriotóxicos, mutagénicos. | Producto no clasificado como peligroso | no suele ser tóxico para los organismos acuáticos y cuando el producto es usado para su finalidad no debe causar daños en el medio ambiente |

**Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Cedula 36,347,141**

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

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°6 | |
|---|---|
| **Hora:** 03:00 p. m | **Fecha:** 25 de marzo de 2024 |
| **Lugar:** | Fundación Social Yo Te cuido – Sede la plata |
| **Dependencia que Convoca:** | Operador Modalidad Hogar Sustituto – Equipo Interdisciplinario |
| **Proceso:** | Misional -protección – restablecimiento de derechos |
| **Objetivo:** | Realizar apertura del buzón de sugerencias con el fin de dar cumplimiento a lo estimulado en el lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos amenazados y/o vulnerados |

**Agenda**:

- Saludo de bienvenida.
- Socialización del objetivo de la actividad
- Lectura de PQR
- Cierre y Compromisos

**Desarrollo:**

Momento 1. Inicio: se inicia a las 03:00 p.m contando con la participación de la gestora de caso del operador.

Momento 2. Socialización del Objetivo, Meta y Metodología: se socializa el objetivo, metodología y meta del proceso denominado apertura del buzón de sugerencias.

Momento 3. Apertura de buzón de sugerencias y lectura de PQR

En tal sentido, se procedió a la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, una vez se realiza la apertura tanto física y virtual **NO SE ENCUENTRA NINGUNA PETICIÓN POR RESPONDER.**

Finalmente se establece la próxima fecha para la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la Modalidad ,para la fecha (25-03-2025) de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Implementación del Modelo de Atención, dirigido a los niños, niñas y los adolescentes en las Modalidades de Restablecimiento de Derechos esta apertura se realizara una vez cada quince días de manera presencial en las Instalaciones del Operador; se procede al cierre del buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la modalidad de forma presencial.

Continuar en la promoción del mecanismo de participación denominado Buzón de sugerencias

Continuar informando a las madres sustitutas, niños, niñas , adolescentes , familia biológica o red extensa que la Fundación Social Yo te cuido cuenta con un buzón en la sede; donde también pueden acceder los usuarios de la Modalidad:




Powered by CamScanner

**Evidencia fotográfica**



| Compromisos / tareas | Responsables | Fechas |
|---|---|---|
| Al cierre se genera como compromiso; continuar implementando y promoviendo entre los usuarios de las modalidades hogar sustituto sus familias y redes de apoyo, la participación del buzón de sugerencias. A través de promoción del mismo en el grupo de madres sustitutos, en el contacto con la familia biológica y en los diferentes encuentros llevados a cabo por el equipo interdisciplinar de la fundación. | Profesionales Fundación Social Yo te cuido . | Permanente |




Powered by CamScanner

| FIRMA ASISTENTES | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| LAURA XIMENA LOSADA | Gestora de caso | Fundación Social Yo te cuido | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | 08-04-2025 | Por establecer | Fundación social yo te cuido sede La Plata |


¡Antes de imprimir este documento... 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.

PÚBLICO

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS | F35.G7.ABS | 25/09/2019 |
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PÚBLICA | |

## MATRIZ DE COMPATIBILIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA / OPERADOR:** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA:** | **mar-25** |
| **LUGAR / SEDE:** | **PITALITO** | **ELABORADO POR:** | SIGE |

| | **MATERIAL QUÍMICO** | **SGA** | **1** JABON EN POLVO | **2** LIMPIDO | **3** LAVALOZA LIQUIDO | **4** JABON PARA MANOS | **5** AMBIENTADOR | **6** AROMATIZANTE PARA PISO | **7** N/A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | N/A |
| **1** | JABON EN POLVO | | | | | | | | N/A |
| **2** | LIMPIDO | | | | | | | | N/A |
| **3** | LAVALOZA LIQUIDO | | | | | | | | N/A |
| **4** | JABON PARA MANOS | | | | | | | | N/A |
| **5** | AMBIENTADOR | | | | | | | | N/A |
| **6** | AROMATIZANTE PARA PISO | | | | | | | | N/A |

| **CONVERSIÓN** | |
|---|---|
| | Se puede almacenar juntos |
| | Se puede almacenar teniendo en cuenta la información de las hojas de seguridad del producto |
| | Almacenar en estantes separados |

| **SIMBOLOS PICTOGRAMAS** | | |
|---|---|---|
| Peligro de explosivos | Gases bajo presión | Químico nocivo |
| Inflamable | Corrosión | Daño al medio ambiente |
| Carburante | Toxicidad | Peligro para la salud |

**Nombre YUDÍ PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Cedula 36,347,141**

| | PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | F35.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS | CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PÚBLICA | |

**LISTA DE CHEQUEO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA / OPERADOR:** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA:** | | **mar-25** |
| **LUGAR / SEDE:** | **Pitalito** | **ELABORADO POR:** | | **SIGE** |

**Descripción del uso:** *(describir las actividades en las que se utilizan las sustancia químicas).*

| Nº | ASPECTO DE VERIFICACION | SI | NO | NO APLICA | ACCIONES DE MEJORA U OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | El piso del depósito de productos químicos es plano, para un manejo sencillo, seguro y evitar derrames | X | | | |
| 2 | Está suficientemente identificado y correctamente señalizado el espacio donde se almacenan las sustancias químicas | X | | | |
| 3 | Se dispone de las hojas de seguridad de todos las sustancias químicas que se utilizan | X | | | |
| 4 | Las hojas de seguridad y matriz de compatibilidad de los productos químicos están ubicadas en un lugar visible en el área donde se están almacenando o utilizando. | X | | | |
| 5 | Las personas que tienen contacto con las sustancias químicas conocen y comprenden las hojas de seguridad. | X | | | |
| 6 | Las personas que tienen contacto con las sustancias químicas se encuentran capacitadas sobre el manejo y almacenamiento adecuado de sustancias químicas. | X | | | |
| 7 | Se cumplen con las indicaciones de almacenamiento y uso de las sustancias químicas expuestas en las hojas de seguridad. | X | | | |
| 8 | Se almacenan las sustancias químicas de acuerdo a los resultados de la matriz de compatibilidad. | X | | | |
| 9 | Se almacenan los productos inflamables en muebles protegidos o en recintos especiales. | X | | | |
| 10 | Ofrecen suficiente resistencia física los envases de almacenamiento de sustancias químicas | X | | | |
| 11 | Los envances se encuentran marcados de acuerdo a la sustancia que contiene | X | | | |
| 12 | Los muebles donde se almacenan las sustancias químicas están debidamente anclados para evitar derrames. | X | | | |
| 13 | Los residuos de envases de productos químicos se almacenan y disponen adecuadamente | X | | | |
| 14 | Se cuentan con elementos como kits antiderrames para la contención de posibles fugas o derrames. | | | X | |
| 15 | Se tiene establecido un protocolo u otro documento para la prevención y atención de emergencias relacionadas con sustancias químicas. | X | | | |
| 16 | Se evita transvasar productos químicos a otros envases no controlados. | X | | | |
| 17 | Se verifican la fecha de vencimiento de los productos químicos | X | | | |
| 18 | Se controla el acceso al espacio donde se almacenan las sustancias químicas | X | | | |

**Anexo 1. Registro Fotográfico**

| | | | |
|---|---|---|---|
|  | |  | |
| Foto 1 | Lugar: | Foto 2 | Lugar: |
| Descripción: blanqueador desinfectante | | Descripción: detergente en polvo | |
|  | |  | |
| Foto 3 | Lugar: | Foto 4 | Lugar: |
| Descripción: lavalozas liquido | | Descripción: jabon de manos | |
|  | |  | |
| Foto 5 | Lugar: | Foto 6 | Lugar: |
| Descripción: limpiapisos | | Descripción: limpiador multiusos | |
|  | |  | |
| Foto 7 | Lugar: | Foto 8 | Lugar: |
| Descripción: desengrasante | | Descripción | |

**Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Cedula 36,347,141**

| Nº | NOMBRE COMERCIAL | COMPONENTES QUIMICOS | HOJA DE SEGURIDAD (SI/NO) | FICHA TECNICA (SI/NO) | ESTADO (SÓLIDO/LÍQUIDO/ GASEOSO) | PICTOGRAMA * | CLASIFICACIÓN NACIONES UNIDAS -UN * | USO | INCOMPATIBILIDADES + | EPPS (Elementos de protección personal) * | RIESGOS PARA LA SALUD * | CLASIFICACIÓN TOXICOLOGICA* | RIESGOS PARA EL MEDIO AMBIENTE * |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jabon En Polvo | Sales alcalinas<br>Xi / H315<br>Del 5 al 20%<br>Tensoactivos aniónicos<br>Xn / R22 / R38 / R41<br>Menos del 5%<br>Tensoactivo no iónico<br>N / Xn / R22 / R41 / R50<br>Menos del 5%<br>Jabón<br>Xi / H315 / R38 | si | SI | solido |  | SUSTANCIA TOXICA | DETERGENTE PARA EL LAVADO DE ROPA Y SUPERFICIES<br>Usos específicos: no requiere medidas especiales | Tensoactivos catiónicos, oxidantes y ácidos minerales | GUANTES, GAFAS TRANSPARENTES, TAPABOCAS | Contacto con los ojos: Puede causar irritación leve, enrojecimiento y lagrimeo excesivo.<br><br>Contacto con la piel: Puede presentar algún tipo de dermatitis ligera, si existe<br>alguna reacción a sus componentes, está reacción desaparece sin atención médica.Si el contacto es permanente y directo puede presentar algún tipo de descamación en pieles muy sensibles.<br><br>Inhalación: No es tóxico al ser inhalado. Los vapores del producto no causan irritación en vías respiratorias.<br><br>Ingestión: En pequeñas cantidades puede causar dolor estomacal y vomito, encantidades mayores puede llegar a ser tóxico | Producto no clasificado como peligroso | evitar que el producto penetre en cauces de agua y en el sistema de alcantarillado.<br><br>Métodos de limpieza: recoger el producto y lavar la superficie con abundante agua para eliminar los restos. |
| 2 | Limpido | Ox. Gas 1 ;H270<br>Press. Gas (Liq.) ;H280Acute Tox. Inha 2 ;H330<br>Eye Irrit. 2 ;H319<br>Skin Irrit. 2 ;H315<br>STOT SE 3 ;H335<br>Aquatic Acute 1 ;H400<br>Aquatic Chronic 1 ;H410<br>Acute M = 100<br>Chronic M = 1 | si | si | liquido | <br>H270:<br>H280:<br>H315<br>H319<br>H410:<br>EUH071 | SUSTANCIA TOXICA, CORROSIVA, PELIGRO PARA MEDIO AMBIENTE, GASES, COMBURENTE, | diseñado para la desinfeccion y limpieza de todas las areas intervenir | Acidos | GUANTES, GAFAS TRANSPARENTES, TAPABOCAS | corrosión o irritación cutáneas : Puede causar inflamación de la piel Graves quemaduras de la piel en altas concentraciones lesiones o irritación ocular graves : En altas concentraciones produce graves quemaduras en los ojos<br><br>sensibilización respiratoria o cutánea : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Mutagenicidad : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Carcinogénesis : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Tóxico para la reproducción : fertilidad : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>Tóxico para la reproducción : feto : Se desconocen los efectos de este producto<br><br>toxicidad específica en determinados órganos (STOT)<br><br>exposición única: Pueden producir inflamación del sistema respiratorio En altas concentraciones quemaduras en el tracto respiratorio<br><br>Órganos diana : Vías respiratorias toxicidad específica en determinados órganos (STOT)<br><br>exposición repetida: Se desconocen los efectos de este producto peligro de aspiración | Toxicidad aguda : Posible edema pulmonar con desenlace mortal | Muy tóxico para los organismos acuáticos. |
| 3 | Lavaloza Liquido | Agua, Hidróxido de Sodio, Ácido dodecilbencen sulfónico, Agentes Humectantes, Agentes desengrasantes, Fragancias Cítricas | si | si | liquido | GHS07 | SUSTANCIA TOXICA | diseñado para la remoción de grasa y residuos alimenticios en la loza y demás implementos de cocina. Por su elevada concentración es un producto muy rendidor, de igual forma facilita la labor de limpieza en la cocina, casinos, restaurantes, etc. Gracias a la incorporación de agentes humectantes no se reseca la piel. | blanqueadores o sustancias ácidas. | GUANTES, GAFAS TRANSPARENTES, TAPABOCAS | Contacto con los ojos: Puede causar irritación leve, enrojecimiento y lagrimeo excesivo.<br><br>Contacto con la piel: Puede presentar algún tipo de dermatitis ligera, si existe<br>alguna reacción a sus componentes, está reacción desaparece sin atención médica.Si el contacto es permanente y directo puede presentar algún tipo de descamación en pieles muy sensibles.<br><br>Inhalación: No es tóxico al ser inhalado. Los vapores del producto no causan irritación en vías respiratorias.<br><br>Ingestión: En pequeñas cantidades puede causar dolor estomacal y vomito, encantidades mayores puede llegar a ser tóxico | Producto no clasificado como peligroso | El producto es completamente soluble en agua, no suele ser tóxico para los organismos acuáticos y cuando el producto es usado para su finalidad no debe causar daños en el medio ambiente. |
| 4 | Jabon Liquido Manos | OMPOSICIÓN:<br>AGUA<br>TENSOACTIVOS ANIONICOS<br>TENSOACTIVOS NO IONICOS<br>GLICERINA,<br>PERFUME -<br>CONSERVANTES | si | si | liquido |  | SUSTANCIA TOXICA | para lavado de manos | no es reactivo | No requiere | no se anticipan efectos adversos<br><br>sobre la salud debido al uso del Jabón Líquido para Manos.<br><br>La fórmula del Jabón Líquido para<br>Manos no presenta riesgos para la salud cuando se use según las indicaciones impresas en la etiqueta. En caso de que ocurra alguna reacción alérgica en la piel<br><br>Jabón Líquido para Manos, no contiene<br>ningún compuesto cancerígeno como los define la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA) | Producto no clasificado como peligroso | Producto biodegradable |
| 5 | Ambientador | Agua<br>Conservante<br>Fragancia<br>Alcohol Isopropilico<br>Emulsionantes<br>Fragancias | si | SI | gaseoso | H302<br>H320<br> | SUSTANCIA BAJA TOXICIDAD | Está diseñado para aromatizar ambientes como oficinas, baños, casas, hoteles, entre otros, eliminando los malos olores y dejando en el ambiente un agradable olor a limpieza y frescura | Calor, luz directa | No requiere | No carcinógeno, no es erotógeno, no contiene efectos embriotóxicos, mutagénicos. | Producto no clasificado como peligroso | no suele ser tóxico para los organismos acuáticos y cuando el producto es usado para su finalidad no debe causar daños en el medio ambiente |
| 7 | Aromatizante para el piso | Agua<br>Conservante<br>Fragancia<br>Alcohol Isopropilico<br>Emulsionantes<br>Fragancias | si | SI | liquido | H302<br>H321<br> | SUSTANCIA TOXICA | Está diseñado para aromatizar ambientes como oficinas, baños, casas, hoteles, entre otros, eliminando los malos olores y dejando en el ambiente un agradable olor a limpieza y frescura | Calor, luz directa | GUANTES, TAPABOCAS | No carcinógeno, no es erotógeno, no contiene efectos embriotóxicos, mutagénicos. | Producto no clasificado como peligroso | no suele ser tóxico para los organismos acuáticos y cuando el producto es usado para su finalidad no debe causar daños en el medio ambiente |

**Nombre YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Cedula 36,347,141**

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

# LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, CON NIT. 901.496.702-9

## CERTIFICA QUE

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes No. 41006922024 del 30/12/2024 – 30/06/2025, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 6) “Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados”. Del COMPONENTE AMBIENTAL, que durante el mes en vigencia, La Modalidad de Acogimiento Familiar Hogar Sustituto Vulneración y Discapacidad, en las sedes de Garzón, La Plata y Pitalito, no cuentan con infraestructura que tenga trampas de grasa ni planta de tratamiento de aguas residuales.

En constancia de lo anterior, se firma el día 31 del mes de marzo del año 2025.

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
Cédula 36.347.141
Representante Legal
Fundación Social Yo Te Cuido

Elaborado y revisado por SIGE,

**CLAUDIA MEZA SAAVEDRA**
C.C.55174233

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 2 | |
|---|---|
| **Hora:** 9:00 a.m. | **Fecha:** 3/03/2025 |
| **Lugar:** | *Fundación Social Yo Te Cuido* |
| **Dependencia que Convoca:** | *Seguridad y Salud en el Trabajo* |
| **Proceso:** | *Misional - Restablecimiento de Derechos* |
| **Objetivo:** | *Realizar Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el decreto 1072/15, a las colaboradoras que ingresen y hagan parte del equipo de talento humano de La Fundación Social Yo Te Cuido durante la ejecución del contrato.* |

**Agenda:**

1. Saludo de bienvenida,
2. Política de seguridad y salud en el trabajo,
3. Responsabilidad de los trabajadores,
4. Definición de accidentes e incidentes laboral,
5. Reporte de accidentes de trabajo,
6. Identificación de peligros,
7. Definición y reportes de actos y condiciones inseguras,
8. COPASST, Convivencia, acoso laboral,
9. Brigada de emergencia de La Fundación,
10. Punto de encuentro,
11. Clasificación de residuos,
12. Seguridad de La información,
13. Evaluación de la inducción.

**Desarrollo:**

El dia tres de marzo del año 2025, siendo las 9:00 de la mañana para el desarrollo de la capacitación, la encargada del SIGE, convoca a las colaboradoras para recibir inducción al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. El objetivo de dicha inducción es dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015 en su artículo 2.2.4.6.16, numeral 5. "El cumplimiento del programa de capacitación anual, establecido por la organización, incluyendo la inducción para los colaboradores. Además, garantizar las condiciones de trabajo seguras y saludables en el desarrollo de las diferentes actividades en la Fundación, a través de la promoción de la salud y la identificación y control de los riesgos laborales, con el fin de evitar los accidentes de trabajo, enfermedades laborales, y otras situaciones que afecten la calidad de vida de los colaboradores.

En el desarrollo de la capacitación se divulgaron los siguientes temas:

Se socializa y aclara la definición de seguridad y salud en el trabajo, política de seguridad y salud en el trabajo de La Fundación y responsables de su cumplimiento, responsabilidades de los trabajadores según el decreto 1072/2015, definición y aclaración del accidente de trabajo según la ley 1562/12, pasos para hacer un reporte de accidente laboral, (jefe inmediato, responsable de seguridad y salud en el trabajo y en el caso de La Fundación con la ARL Positiva dentro de las primeras 48 horas después de haber ocurrido el accidente). Peligros a los que pueden estar expuestos los colaboradores, (físicos, eléctrico, químico, biológico, locativo, ergonómico, psicosocial, fenómenos naturales, público, condiciones de seguridad, etc). Definición y ejemplos de los actos y condiciones inseguras y la necesidad de hacer el reporte por el medio de comunicación definido en La Fundación que es el grupo de whatsapp.




Powered by CamScanner

Se aclara la definición de COPASST, comité de convivencia y acoso laboral de la ley 1010/2006. Puntos de encuentro en caso de emergencia, la importancia de las brigadas de emergencia para dar respuesta inmediata a cualquier acontecimiento no deseado que se pueda manifestar.

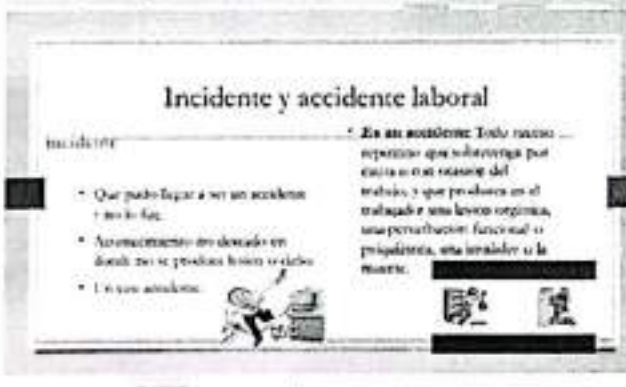
Con respecto al eje ambiental se explica la clasificación de los residuos, según la resolución 2184/2019. (Residuos ordinarios: recipiente negro, como el barrido, papel higiénico, servilletas, desechables, papel aluminio, etc. Residuos orgánicos: recipiente verde, como el desperdicio sobrado de platos, cáscara de frutas y verduras. Residuos aprovechables como el reciclaje de papel, cartón, plástico. Residuos especiales: como el aceite de cocina, cartuchos de impresoras, raes, etc.

Con respecto al eje de la seguridad de la información, se prohibe el uso de las memorias o USB, se debe hacer uso del drive, cada colaborador debe tener su usuario o contraseña en los equipos, cada vez que se levante del puesto de trabajo debe bloquear el equipo; informar al jefe inmediato, gestor de caso, y al área de seguridad y salud en el trabajo cualquier pérdida o fuga de información. No divulgar información de los usuarios de La Fundación a terceros. No sacar carpetas, ni ninguna clase de archivo fuera de las instalaciones. Velar por la custodia, organización y orden de las carpetas del archivo.

Se realiza la evaluación escrita.

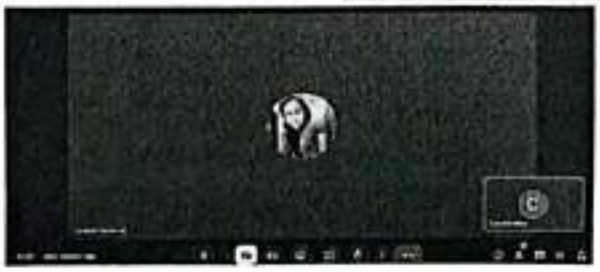













Powered by CamScanner

**Decisiones:**

*Reportar cualquier riesgo o sugerencia al área de seguridad y salud en el trabajo con el fin de mantener y procurar espacios y puestos de trabajo seguros*

| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| *Dar cumplimiento a la normativa de seguridad y salud en el trabajo* | *Representante Legal y colaboradores* | 3/03/2025 |
| *Asistir a las capacitaciones convocadas por seguridad y salud en el trabajo* | *Representante legal y colaboradores* | 3/03/2025 |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Geraldine Calderón | Auxiliar administrativa | Fundación Yo Te Cuido | Geraldine Calderón Feliz |
| Yudi Patricia Aguirre | Coordinadora | Fundación Social Yo Te Cuido | |
| Claudia Meza Saavedra | SIGE | Fundación Social Yo Te Cuido | |
| | | | |
| | | | |
| **Próxima** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | 20/03/2025 | 3:00 p.m | Meet |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Claudia Meza Saavedra - SIGE | | |




Powered by CamScanner

# FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

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

Se certifica mediante la presente que para el contrato N° 41006922024 del 30 de diciembre del 2024 al 30 junio del 2025, se implementaron buenas prácticas ambientales durante la ejecución del contrato, obteniendo principalmente los siguientes resultados:

| Buena práctica ambiental | Describir las actividades realizadas | Registro fotográfico |
|---|---|---|
| Ahorro y uso eficiente de agua | *Las llaves para el suministro de agua no tienen goteras ni daños en tuberías donde se evidencia desperdicio de agua.* |  |
| Ahorro y uso eficiente de energía | *Los espacios de la sede ubicada en Garzón cuenta con espacios con amplia iluminación natural lo que no requiere que en el día se deba prender bombillos. Del mismo modo, la sede cuenta con bombillos ahorradores de energía.* |  |
| Ahorro y uso eficiente de papel | *En la fundación Social Yo Te Cuido todos los documentos son impresos a doble cara siempre y cuando se requiera de manera obligatoria la presencia de la documentación.* | |
| Manejo de residuos | ***Identificación de tipo de residuos generados:*** *dentro de los residuos generados están los ordinarios. I los aprovechables como el papel.*<br>***Separación en la fuente:*** *La fundación Social Yo Te Cuido, cuenta con puntos ecológicos ubicados respectivamente en cada una de las sedes.*<br>***Almacenamiento:*** *si se cuenta con espacio para el almacenamiento temporal de los residuos debidamente separados, señalizados en orden y limpieza.* |  |




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

| Buena práctica ambiental | Describir las actividades realizadas | Registro fotográfico |
|---|---|---|
| | ***Aprovechamiento y disposición final:*** *Empresa Recuperar en Neiva.*<br>***Actividades de sensibilización:*** *Se realiza la socialización de la política ambiental del ICBF y en la inducción se aclara la clasificación de los residuos según los colores de los recipientes especificados en la Resolución 2184/19.* |  |

Dado en Neiva, el 31 del mes de marzo del 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
C.C.36.347.141
Representante legal
Fundación Yo Te Cuido

PUBLICA

**LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO**

**CERTIFICA**

Que la colaboradora CLAUDIA MIREYA MEZA SAAVEDRA, identificada con cédula de ciudadanía N° 55174233, fue designada como representante de Seguridad y Salud en el Trabajo, cumpliendo con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019 del Ministerio de Trabajo, así mismo es quien garantizará el cumplimiento de la normatividad vigente y obligaciones contractuales establecidas en el contrato celebrado el 30 día del mes de diciembre del año 2024.

La presente se expide en Neiva, el treinta y uno (31) del mes de marzo de 2025.

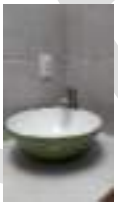
YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
C.C.36.347.141
Representante Legal
Fundación Social Yo Te Cuido

PÚBLICA

# FUNDACIÓN SOCIALYO TE CUIDO

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

Se certifica mediante la presente que para el contrato N° 41006922024 del 30 de diciembre del 2024 al 30 junio del 2025, se implementaron buenas prácticas ambientales durante la ejecución del contrato, obteniendo principalmente los siguientes resultados:

| Buena práctica ambiental | Describir las actividades realizadas | Registro fotográfico |
|---|---|---|
| Ahorro y uso eficiente de agua | *Las llaves para el suministro de agua no tienen goteras ni daños en tuberías donde se evidencia desperdicio de agua.* |   |
| Ahorro y uso eficiente de energía | *Los espacios de la sede ubicada en La Plata cuenta con espacios con amplia iluminación natural lo que no requiere que en el día se deba prender bombillos. Del mismo modo, la sede cuenta con bombillos ahorradores de energía* |  |
| Ahorro y uso eficiente de papel | *En la fundación Social Yo Te Cuido todos los documentos son impresos a doble cara siempre y cuando se requiera de manera obligatoria la presencia de la documentación.* | |
| Manejo de residuos | ***Identificación de tipo de residuos generados:*** *dentro de los residuos generados están los ordinarios y los aprovechables como el papel.*<br>***Separación en la fuente:*** *La fundación Social Yo Te Cuido, cuenta con puntos ecológicos ubicados respectivamente en cada sede.*<br>***Almacenamiento:*** *si se cuenta con espacio para el almacenamiento temporal de los residuos debidamente separados, señalizados en orden y limpieza.*<br>***Aprovechamiento y disposición final:*** *Empresa Recuperar en Neiva.* |  |




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

| Buena práctica ambiental | Describir las actividades realizadas | Registro fotográfico |
|---|---|---|
| | ***Actividades de sensibilización:*** *Se realiza la socialización de la política ambiental del ICBF y en la inducción se aclara la clasificación de los residuos según los colores de los recipientes especificados en la Resolución 2184/19.* |  |

Dado en Neiva, el 31 del mes de marzo del 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
C.C.36.347.141
Representante legal
Fundación Yo Te Cuido

PUBLICA



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

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

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL**
**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA DE LA FUNDACIÓN SOCIAL**
**YO TE CUIDO, CON NIT. 901.496.702-9**

## CERTIFICA QUE

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes No.41006922024 del 30/12/2024 – 30/06/2025, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 4) ”Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente (aplica solo en caso de que se manejen combustibles en la unidad de servicio”) Del COMPONENTE AMBIENTAL, que durante el mes en vigencia, en La Modalidad de Acogimiento Familiar Hogar Sustituto Vulneración y Discapacidad, en las sedes de Garzón, La Plata y Pitalito, no se requiere del transporte ni manejo de combustibles para la prestación del servicio.

En constancia de lo anterior, se firma el día 31 del mes de marzo del año 2025.

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
Representante legal
Cédula 36.347.141
Fundación Social Yo Te Cuido

Elaborado y revisado por SIGE,

**CLAUDIA MEZA SAAVEDRA**
C.C.55174233

# REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O COMPAÑÍA: | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | LUGAR | GARZON | MES | ENERO |
|---|---|---|---|---|---|

Instrucciones: Registre en la casilla de cada actividad realizada la fecha y el día de la semana.

| ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO | REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| PAREDES, TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X |
| SUPERFICIES-MESONES | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X |
| EQUIPOS DE COCINA | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| BAÑO | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X |
| MESAS, SILLAS Y ESTANTERÍAS | X | | | X | | X | | | X | | | X | | | X | | X | | | X | | X | | X | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS | | | | X | | X | | | X | | | X | | | X | | X | | | X | | X | | X | |
| SANITARIO | | | | X | | X | | | X | | | X | | | X | | X | | | X | | X | | X | |
| TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | | | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| LAVAPLATOS | | | | X | | | X | | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X |
| MENAJE | | | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | | | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS | | | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica) | | | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES) | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | | | | | AUX. ADM. | | | | | AUX. ADM. | | | | | AUX. ADM. | | | | | AUX. ADM. | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN | Ninguna. | | | | | Ninguna. | | | | | Ninguna. | | | | | Ninguna. | | | | | Ninguna. | | | | |
| ACCIÓN DE MEJORA | Ninguna. | | | | | Ninguna. | | | | | Ninguna. | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre: Sud. Paola Aguirre
Cédula: 36.347.141

## REGISTRO DIARIO DE CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

LUGAR: GARZON

FECHA: Enero

| AREAS | Paredes y pisos lisos sin fisuras | | Sifones y desagues con rejillas | | Toma corrientes y cables sin deterioro | | Puertas sin abertura entre piso y puerta | | Tuberias y acometidas sin aberturas | | Ventanas y aperturas de ventilación con malla nylon | | Puertas y ventanas en buen estado | | EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS | | | CONTROL REQUERIDO | FECHA APLICACIÓN DEL CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | SI | TIPO DE PLAGA | NO | | | |
| COCINA | X | | X | | X | | | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALA COMEDOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALONES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| (Indicar demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Indicar demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN: AUXILIAR ADMINISTRATIVA.

Nombre: Judi Rubiela Aguirre
Cedula: 36.347.141

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
ATENCIÓN DE BEBÉS Y SEGUIMIENTO

FORMATO REGISTRO PLAN DE SANEAMIENTO

MC-G7-ABS
Versión 6
Página 1 de 2
22/12/2021
Una Nación con Todos y para Todos
Publica

## PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

LUGAR: GARZÓN

MES: ENERO

Indicaciones de diligenciamiento: Verificar de acuerdo con los criterios de evaluación o cumplimiento de los aspectos y elementos establecidos para la gestión de residuos sólidos. A continuación se describe la metodología de diligenciamiento: C: Cumple NC: No cumple

| ASPECTO A EVALUAR | VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| COCINA | | | | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | Almacenamiento inadecuado |
| BAÑOS | | | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Fuentes de calor |
| SALÓN | | | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Exceso de Electricidad (Enchufes, cortapicos, con almacenamiento sobre Enchufes) |
| COMEDOR | | | | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | Material Inflamable |
| ÁREA ADMINISTRATIVA | | | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Ubicación de los contenedores |
| CUARTO DE RESIDUOS | | | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | |
| EXTERIORES | | | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | Para los aspectos que no aplican marcar con NA |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | verificar la organización, limpieza, ventilación, iluminación, mobiliario, señalización, entre otros |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)

| TIPO DE RESIDUO | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | TOTAL KGS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS | | | | | | | 1L | | | 1L | 1L | | | 1L | | 1L | | | | 1L | 1L | | | 1L | | 4 Kilos |
| KILOS DE RESIDUOS APROVECHABLES | | | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON | | | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| KILOS DE ACEITE DE COCINA USADO (FRASCOS) | | | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES | | | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTAL RESIDUOS DIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

¡Cada pequeña acción genera un gran impacto en el espacio ambiental!

## REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | FUNDACION SOCIAL YO SE CUIDO | LUGAR: | Cartagena | MES: | FEBRERO 2025 |
|---|---|---|---|---|---|

Instrucciones: Diligenciar con el código establecido y fecha en la cual se realizó la actividad de limpieza y desinfección

| ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO | REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| PAREDES, TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| SUPERFICIES-MESONES | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| EQUIPOS DE COCINA | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| SANITARIO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| LAVAPLATOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| MENAJE | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES) | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCION DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre: Yudi Patricia Aguirre
Cedula: 36.347.141

## FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | Asociación Social Yo Te Cuido | LUGAR | Garzón | FECHA: | FEBRERO 2025 |
|---|---|---|---|---|---|

| AREAS | Paredes y pisos lisos sin fisuras | | Sifones y desagues con rejillas | | Techo cerrados y cables sin aberturas | | Puertas sin abertura entre piso y puerta | | Tuberias y accesorios sin filtraciones | | Ventanas y aperturas de ventilación con mallas | | Plantas y semillas en buen estado | | EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS | | | CONTROL REQUERIDO | FECHA APLICACIÓN DEL CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | SI | TIPO DE PLAGA | NO | | | |
| COCINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALA COMEDOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALONES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| (Incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre: Judy Paola Aguilar
Cedula: 36.347.141

## PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundación Social Yo Te Cuido

LUGAR: Garzón.

MES: Febrero 2025

Indicaciones de diligenciamiento: se verifica conforme con los criterios establecidos el cumplimiento en los espacios y elementos contratados para la ejecución de las actividades. Asegurar contar con la evidencia de la actividad a realizar diligenciamiento. D
Cumple. NO: No cumple

| ASPECTO A EVALUAR | VERIFICACIÓN 1ª Semana L | M | M | J | V | 2ª Semana L | M | M | J | V | 3ª Semana L | M | M | J | V | 4ª Semana L | M | M | J | V | 5ª Semana L | M | M | J | V |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COCINA | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | | | |
| BAÑOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| SALÓN | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| COMEDOR | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| CUARTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN

- Buen estado
- Estado de las canecas (limpio, con tapa, con los rótulos identificados)
- Adecuada disposición
- Ubicación de los contenedores

- Cal (Hidróxido de calcio, oxido de calcio, Agua, Arena, limpiar, Ambiente, saludable, agradable, Ecológico, y otros)

### PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)

| TIPO DE RESIDUO | 1ª Semana L | M | M | J | V | 2ª Semana L | M | M | J | V | 3ª Semana L | M | M | J | V | 4ª Semana L | M | M | J | V | 5ª Semana L | M | M | J | V | TOTAL MES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS | 1K | | 1K | | 1K | 1K | | 1K | | 1K | 1K | | 1K | | 1K | 1K | | 1K | | 1K | | | | | | 22 K |
| KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE VIDRIO DESECHABLE (FRASCOS) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| VALOR DE PESAJE EN MILES DE $ ESPECIALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL RESIDUOS GENERADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente

## REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR DE CONTRATISTA: Fundación Social Ya te Cuido | LUGAR: Garzón. | MES: MARZO 2025

Instrucciones: Diligenciar en la casilla correspondiente cada vez que se realice la actividad de limpieza y desinfección

| ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO | REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| PAREDES, TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| SUPERFICIES-MESONES | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| EQUIPOS DE COCINA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| SANITARIO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| LAVAPLATOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| MENAJE | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| CABECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES) | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCIÓN DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre: Juan Pablo Rigueta
Cédula: 36.347.944

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundación Social Yo Te Cuido

LUGAR: Guarzón

FECHA: Marzo 2025

| AREAS | Paredes y pisos lisos sin fisuras | | Sifones y desagues con rejillas | | Techo cerrados y cielos sin aberturas | | Puertas sin aberturas entre piso y puerta | | Tuberias y acometidas sin aberturas | | Ventanas y espacios de ventilación con angeolas | | Puertas y ventanas en buen estado | | EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS | | | CONTROL REQUERIDO | FECHA APLICACIÓN DEL CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | SI | TIPO DE PLAGA | NO | | | |
| COCINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALA COMEDOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALONES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| (Incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN

Nombre: Sindy Patricia Aguirre
Cedula: 36.349.941

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

## PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundación Social Yo Te Cuido

LUGAR: Cesarón

MES: MARZO 2025

Instrucciones de diligenciamiento: Inspeccionar una vez con los grupos de cuidado el cumplimiento de los objetivos y criterios establecidos para la gestión de los residuos sólidos. A continuación se establece la metodología de diligenciamiento: C. Cumple; NC. No cumple; [illegible]

### VERIFICACIÓN

| ASPECTO A EVALUAR | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| COCINA | N/A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAÑOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | | | |
| SALÓN | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| COMEDOR | N/A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÁREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| CUARTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Tener en cuenta lo [illegible] de los residuos. Cumplen con [illegible] especificidad [illegible] del contenedor [illegible] de la contaminación

Que los espacios se mantengan [illegible] verificando organización, limpieza, ventilación, [illegible] de residuos [illegible]

### PESO DE RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS (kg)

| TIPO DE RESIDUO | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | TOTAL MES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| KILOS DE RESIDUOS ORGÁNICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS | 1K | | 1K | | 1K | 1K | | 1K | | 1K | 1K | | 1K | | 1K | | | 2K | | 1K | 1K | | | | | 13K |
| KILOS DE RESIDUOS PLÁSTICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTÓN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS COCINA USADO (ACEITES) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS / ESPECIALES | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL RESIDUOS/DÍA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Antes de imprimir este documento ¿piense en el medio ambiente?

RESPONSABLES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

| ELEMENTO | FECHA | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Redes hidrosanitarias | | | |
| Tanques elevados | 10-03-2025 | Lavado y Desinfección de tanque. | Fecha próximo lavado: 9-09-2025. |
| Tanques subterráneos | N/A | | |
| Puntos ecos y/o filtros de agua | N/A | | |
| Observaciones: | | | |

Nombre Sud. Yolanda Agudelo.
Cedula 36 544 142



El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar cuenta con el Sistema de Gestión Documental ORFEO...

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

Fecha

DD MM AAAA

20 / 03 / 2025

Nombre y apellido

CRISTIAN ACOSTA

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

# REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | [illegible] | LUGAR: | La Plata | MES: | Octubre |
|---|---|---|---|---|---|

Instrucciones: Diligenciar en el espacio en blanco a la hora en la cual se realizó la actividad de limpieza y desinfección.

| ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO | REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| PAREDES, TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | X | | | X | |
| SUPERFICIES MESONES | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | |
| EQUIPOS DE COCINA | N/A | N/A | | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| BAÑO | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | |
| MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS SANITARIO | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | |
| TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | |
| LAVAPLATOS | N/A | N/A | | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| MENAJE | N/A | N/A | | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS | N/A | N/A | | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (Jabón) | N/A | N/A | | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | | | | X | | | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO RECOGEDOR Y LIMPIONES) | X | X | | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO | AUX. ADM. | | | | | AUX ADM | | | | | AUX. ADM | | | | | AUX ADM | | | | | AUX. ADM | | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCION DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Revisó (sello): Yudi Paola Alzate
36.342.141

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

BIENESTAR FAMILIAR

## FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | Fundación Social Yo le canto | LUGAR: | La Plata. | FECHA | 5"de 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| AREAS | Paredes y pisos libres sin fisuras | | Ventanas y dispuestas con rejillas | | Tomas corrientes y cables sin aberturas | | Puertas que abertura entre piso y guarda | | Tuberías y acometidas sin aberturas | | Ventanas y espacios de ventilación con abertura | | Puertas y ventanas en buen estado | | EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS | | | CONTROL REQUERIDO | FECHA APLICACIÓN DEL CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | SI | TIPO DE PLAGA | NO | | | |
| COCINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALA COMEDOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | X | | | |
| SALONES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| (Incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN

Nombre: Yudi Patricia Aguirre
Cargo: CC 36 347. 144.

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

Copia controlada. Propiedad de la Coordinación de Aseguramiento. Prohibida su reproducción sin autorización. COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS SERÁN PUBLICADOS EN EL PORTAL DE DATOS ABIERTOS DEL ICBF. LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SE PUEDE CONSULTAR EN

## PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundación Especial Yo

LUGAR: La Platea

MES: Enero

Indicaciones de diligenciamiento: Verificar de acuerdo con las opciones de evaluación (cumple/no cumple) los aspectos y actividades señaladas para la gestión de los residuos sólidos. A continuación se establecen el criterio de diligenciamiento: C: Cumple NC: No cumple

| ASPECTO A EVALUAR | VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| COCINA | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | |
| BAÑOS | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | |
| SALÓN | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | |
| COVEDOR | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | |
| AREA ADMINISTRATIVA | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | |
| CUARTO DE RESIDUOS | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | |
| EXTERIORES (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Criterios de Evaluación

"Limpieza
Estado de las canecas (Limpias, sin fisuras, con tapa, identificadas y con bolsa)
Ubicación de canecas
Almacenamiento
Clasificación de residuos

Estado (estado de almacenamiento, manejo de segregación, limpieza, ambiental, permisado, señalización, otros)

PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)

| TIPO DE RESIDUO | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | TOTAL MES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| RESIDUOS ORDINARIOS | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RESIDUOS ORDINARIOS | 0 | | | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 K. |
| RESIDUOS PLASTICOS | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RESIDUOS DE PAPEL Y CARTON | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RESIDUOS DE VIDRIO COMPACTADO (FRASCOS) | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL RESIDUOS (Kg) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundación Social Jo 1º Cada | 19545 | La Plata | MES: FEBRERO 2025

Instrucciones: El operador deberá registrar en la tabla el control realizado según la periodicidad establecida

| ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO | REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1ª Semana | | | | | 2ª Semana | | | | | 3ª Semana | | | | | 4ª Semana | | | | | 5ª Semana | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| PAREDES TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| SUPERFICIES-MESONES | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| EQUIPOS DE COCINA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| VIERAS, SILLAR Y ESTANTERIAS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| SANITARIO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| TRAMPA DE GRASAS Y CENAS S TEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| LAVAPLATOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| MENAJE | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES) | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| (especificar elemento) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (especificar elemento) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCIÓN DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre: Yudi Rebeca Aguirre
Fecha: 30 349-1144

## FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundación Social Yo Te Cuido — LUGAR: La Plata — FECHA: FEBRERO 2025

| AREAS | Paredes y pisos libres de grietas | | Sifones y desagues con mallas | | Tomas corrientes y cables sin aberturas | | Puertas sin abertura entre pisos y puerta | | Tuberías y alcantarillas sin aberturas | | Ventanas y espacios de ventilación con mallas | | Puertas y ventanas en buen estado | | EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS | | | CONTROL REQUERIDO | FECHA APLICACIÓN DE CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | SI | TIPO DE PLAGA | NO | | | |
| COCINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALA COMEDOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALONES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| [Incluir dependencias] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Incluir dependencias] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN

Nombre: Yudy Rocio Algarra
Cedula: 34.347.944



Este documento es propiedad del ICBF y no puede ser reproducido sin autorización

# PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Fundación Social Yo Te Cuido

LUGAR: Los Pinos

MES: FEBRERO 2025

Instrucciones de diligenciamiento: por favor de acuerdo con los criterios de medición de el cumplimiento de las actividades y obtenidos con notas para la gestión de los residuos sólidos. A continuación se relaciona la convención de diligenciamiento:

Cumple NO: No cumple

| ASPECTO A EVALUAR | VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | |
| CODIGO | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | CRITERIOS DE EVALUACIÓN |
| BAÑOS | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | | | | | | Limpieza y aseo<br>Estado de los servicios (limpieza, cantidad de papel higiénico, jabón, toallas, etc.)<br>Olores desagradables<br>Uso adecuado de los canecas |
| SALON | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | | | | | | |
| COMEDOR | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | | | | | | |
| CUARTO DE BIENES DADOS | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | | | | | | |
| EXTERIORES | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | | | | | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (kg)

| TIPO DE RESIDUO | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | TOTAL MES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS CLIPIADOS | 1K | | | 1K | | 1K | | | 1K | | 1K | | | 1K | | 1K | | | 1K | | | | | | | 3 K. |
| KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE CERO DE COCINA USADO (ENVASOS) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| TOTAL RESIDUOS KG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR WC CONTRATISTA: Fundación General Yo le Cuido | LUGAR: La Paila | MES: MARZO | AÑO: 2025

Instrucciones: Diligenciar en el espacio en blanco la fecha en la cual se realiza la actividad. Limpieza y desinfección

| ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO | REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| PAREDES, TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| SUPERFICIES MESONES | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | | | | | |
| EQUIPOS DE COCINA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | | | | | |
| MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | | | | | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | | | | | |
| SANITARIO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | | | | | |
| TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| LAVAPLATOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| MENAJE | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| PRENDAS, VENDIMAS, NIDOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES) | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | | | | | |
| [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCION DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre: Sol. Rubiela Agudelo
Cedula: 26.393.149

BIENESTAR FAMILIAR

**FORMATO CONTROL FÍSICO DE PLAGAS Y VECTORES**

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | Dirección General Yo Te Cuido | LUGAR: La Plata | FECHA: Marzo 2025 |
|---|---|---|---|

| ÁREAS | Zócalos y pisos lisos sin fisuras | | Silleres y zócalos con rejillas | | Mallas antiplagas y cables sin aberturas | | Puertas sin aberturas entre piso y puerta | | Tuberías y acometidas sin aberturas | | Ventanas y espacios de ventilación con aislantes | | Puertas y ventanas en buen estado | | EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS | | | CONTROL REQUERIDO | FECHA APLICACIÓN DEL CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | SI | Y/O DE PLAGA | NO | | | |
| COCINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALA COMEDOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALONES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| ÁREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| (incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre: Juan Pablo Agüero
Cedula 30.349.141.

## PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:

LUGAR: Las Pilas

MES: MARZO 2025

Instrucciones de diligenciamiento: Marcar con X de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos para el manejo de los residuos sólidos. Anotar observaciones en la casilla de Observaciones. Ejemplo: NO: No cumple

| ASPECTO A EVALUAR | VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CRITERIOS DE EVALUACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| BOGOTÁ | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| BAÑOS | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | | | |
| BALDE | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | X | | | | | |
| COMEDOR | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| ÁREA ADMINISTRATIVA | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | | | | X | | X | | | | | |
| CUARTO DE RESIDUOS | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | | | | X | | X | | | | | |
| EXTERIORES | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | | | | | X | | X | | | | | |
| VECTORES (CRÍA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VECTORES (ADULTOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VECTORES (PUPARIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Cumple
- Cumple de forma parcial (Ejemplo: cumple, pero no presenta todos los elementos)
- No cumple del todo
- No aplica de los requerimientos

Para los criterios de almacenamiento, verificar la organización, limpieza, separación, señalización, rotulo de acuerdo con el color.

### PESO DE RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS (Kg)

| TIPO DE RESIDUO | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | TOTAL MES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| RESIDUOS DE RESIDUOS ORGÁNICOS | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 1 K | 8 K. |
| RESIDUOS DE RESIDUOS ORDINARIOS | 1 K | | | 1 K | | 1 K | | | 1 K | | 1 K | | | 1 K | | | | | 1 K | | | | | | | |
| RESIDUOS DE RESIDUOS PLÁSTICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| RESIDUOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 K | | | | | 2 K. |
| RESIDUOS DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN (ESCOMBROS) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| RESIDUOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| TOTAL RESIDUOS/DÍA | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexe la respectiva evidencia fotográfica que corresponda

**REPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN**

| ELEMENTO | FECHA | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Redes hidrosanitarias | | | |
| Tanques elevados | 10 - 03 - 2025 | Lavado y desinfección de tanques | Fecha del próximo lavado: 9 - 09 - 2025 |
| Tanques subterráneos | N/A | | |
| Purificadores de filtros cerámicos | N/A | | |
| [illegible] | | | |

Nombre Yeidy Paola Agudelo
Cedula 36.347.141



Copia no controlada. Este documento puede ser consultado en la TRD [illegible]

# REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: [illegible] Yo Te Cuido | LUGAR: Arbolito | MES: [illegible]

Instrucciones: Diligenciar en el espacio en blanco la fecha en la cual se realiza la actividad de limpieza y desinfección

| ESTADO/ELEMENTO/EQUIPO | REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| PAREDES, TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X |
| SUPERFICIES-MESONES | X | | | X | | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X |
| EQUIPOS DE COCINA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| BAÑO | ✓ | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS | | X | | | X | | | X | | | X | | | X | | | X | | | X | | | X | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS | | X | | | X | | | X | | | X | | | X | | | X | | | X | | | X | |
| SANITARIO | ✓ | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| LAVAPLATOS | ✓ | | X | | X | | X | | ✓ | X | | X | | ✓ | X | | X | | ✓ | X | | X | | X |
| MENAJE | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | | | | X | X | | X | | | X | X | | | X | | X | | | X | | X | | | X | |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO | AUX ADM | | | | | AUX ADM | | | | | AUX ADM | | | | | AUX ADM | | | | | AUX ADM | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCION DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre: Sindi Rebeca Argote
Cédula: 52 377 741

FORMATO CONTROL FÍSICO DE PLAGAS Y VECTORES

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | Inclusión Social Yo Te Cuido | LUGAR: | Pitalito | FECHA: | ENERO 2025 |
|---|---|---|---|---|---|

| ÁREAS | Paredes y pisos libres sin fisuras | | Silletes y canaletas con equipos | | Tomas corrientes y cajetines sin aberturas | | Puertas con abertura entre piso y puerta | | Tuberías y empalmes sin aberturas | | Ventanas y aperturas de ventilación con aislantes | | Puertas y ventanas en buen estado | | EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS | | | CONTROL REQUERIDO | FECHA APLICACIÓN DEL CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | SI | TIPO DE PLAGA | NO | | | |
| COCINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALA COMEDOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALESES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| ÁREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| ESTIBADORAS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| [Incluir demás áreas] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Incluir demás áreas] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN: Auxiliar Administrativa

Nombre: Yuli Paola Agudelo
Cédula: 36 343 144

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

# PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR VIO CONTRATISTA: Fundación Social Yo Te Cuido

LUGAR: Pitalito

MES: ENERO

Indicaciones de diligencia: Verificar de acuerdo con los criterios de evaluación el cumplimiento de las especies y elementos de nuestros baños y cocinas. Los resultados obtenidos a través de esta diligencia serán: C: Cumple NC: No cumple

## VERIFICACIÓN

| ASPECTO A EVALUAR | 1ª Semana | | | | | 2ª Semana | | | | | 3ª Semana | | | | | 4ª Semana | | | | | 5ª Semana | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | L | M | N | J | V | L | M | M | J | V | L | M | N | J | V | L | N | M | J | V | L | N | M | J | V |
| COCINA | | | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| BAÑOS | | | | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | |
| SOTANO | | | | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | |
| COMEDOR | | | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| ÁREA ADMINISTRATIVA | | | | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | |
| CUARTO DE RESIDUOS | | | | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | |
| EXTERIORES | | | | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Limpieza de evaluación:
Foco en cuanto
Cuando de un cambio, limpieza, con tiempo, con su respectiva hoja de limpieza
Limpieza en cuanto
Ubicación de los contenedores

Para la limpieza de áreas comunes, verificar la organización, limpieza, ventilación, iluminación, mantenimiento general, entre otros.

## PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)

| TIPO DE RESIDUO | 1ª Semana | | | | | 2ª Semana | | | | | 3ª Semana | | | | | 4ª Semana | | | | | 5ª Semana | | | | | TOTAL MES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | N | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS | | | | | 2K | 2K | | 2K | | 2K | 2K | | 2K | | 2K | 2K | | 2K | | 2K | 1K | | 1K | | 2K | 14 K |
| KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| KILOS DE RESIDUOS SANITARIOS DE LIMPIA USADO (TRAPEADOS) | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTAL RESIDUOS GR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |

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

## REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundación Sagrada Madre Cielo

LUGAR: Piloto

MES: Febrero

Instrucciones: Diligenciar en la casilla correspondiente el día de la semana la actividad de limpieza y desinfección

| ESPACIOS/ELEMENTOS/EQUIPO | REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| PAREDES, TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| SUPERFICIES-MESONES | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| EQUIPOS DE COCINA | N/A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| SANITARIO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| LAVAPLATOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| MENAJE | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES) | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCION DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre: Yudi Patricia Agamez
C.C. 36.347.841

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

## FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | Fundación Social Yo le Cuido | LUGAR: | Pitalito | FECHA: | FEBRERO 2025 |
|---|---|---|---|---|---|

| ÁREAS | Paredes y placa libres con fisuras | | Sifones y desagües con rejillas | | Toma corrientes y cables sin aberturas | | Puertas sin aberturas entre piso y puerta | | Tuberías y acometidas sin aberturas | | Ventanas y ventilación con mallas | | Puertas y ventanas en buen estado | | EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS | | | CONTROL REQUERIDO | FECHA APLICACIÓN DEL CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | SI | TIPO DE PLAGA | NO | | | |
| COCINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALA COMEDOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALONES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| (Incluir demas áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demas áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN

Nombre: Jhon Pinilla Aguirre
Cédula: 36.347.141

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

## PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | LUGAR: | Ataco | MES: | FEBRERO |
|---|---|---|---|---|---|

Indicaciones de diligenciamiento: Identificar de acuerdo con los criterios de evaluación el cumplimiento de los aspectos y elementos establecidos para la gestión de los residuos sólidos. A los cuales se les establece la metodología de diligenciamiento: Si: Cumple; NO: No cumple

| ASPECTO A EVALUAR | VERIFICACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | Observaciones del cumplimiento: |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| COCINA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | | Tener en cuenta: - Evitar la humedad, limpiar con cloro, con el respectivo folio. Capacitar sobre uso del container. - Ubicación de los contenedores |
| BAÑOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | | |
| SALON | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | | |
| CAMPING | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | | |
| CUARTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | | Para las cocinas de alto rendimiento verificar la organización, limpieza, ventilación, extintores, botiquín de primeros auxilios, etc. |
| EXTERIORES | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | | | | |
| OTROS (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTROS (ESPECIFIQUE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL MES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE RESIDUO | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS | 4k | | 4k | | 4k | 4k | | 4k | | 4k | 4k | | 4k | | 4k | 4k | | 4k | | 4k | | | | | | 12 K. |
| KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE ACEITE DE COCINA USADO (VEGETAL) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| TOTAL RESIDUOS DIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |



Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA
Cualquier modificación a este documento sin autorización del responsable del proceso acarrea sanciones disciplinarias

## REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR YIO CONTRATISTA: Fundación Social Yo Te Cuido | LUGAR: Prado | MES: Marzo 2025

Instrucciones: Diligenciar en el espacio en blanco la fecha en que se realizó la actividad de limpieza y desinfección

| ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO | REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| PAREDES, TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | | | |
| SUPERFICIES-MESONES | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| EQUIPOS DE COCINA | N/A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| SANITARIO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | |
| LAVAPLATOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | |
| MENAJE | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | |
| CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | |
| FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES) | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCION DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre: Oscar Rodolfo Aguirre
C.C. 5693.144

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

## FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR YO CONTRATISTA: Fundación Social Yo Te Cuido

LUGAR: Piloto

FECHA: MARZO 2025

| AREAS | Paredes y pisos libres sin fisuras | | Salones y despensas con rejillas | | Toma corrientes y cables sin aberturas | | Puertas sin abertura entre piso y puerta | | Tuberías y accesorios sin aberturas | | Ventanas y espacios de ventilación con aberturas | | Puertas y ventanas en buen estado | | EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS | | | CONTROL REQUERIDO | FECHA APLICACIÓN DEL CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | SI | TIPO DE PLAGA | NO | | | |
| COCINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALA COMEDOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| SALONES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | |
| (Indicar demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Indicar demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN

Nombre: Jader Pabuena Aguirre.
Cedula: 36.343.191

## PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | LUGAR: | Pitalito | MES: | MARZO |
|---|---|---|---|---|---|

Instrucciones de diligenciamiento: Marcar con una X de acuerdo con los criterios establecidos en el cumplimiento de las practicas y estándares definidos para la gestión de los residuos sólidos. Asegurarse de aplicar la metodología de lo ordenado en el ítem 6: Cumple NC: No cumple

| ASPECTO A EVALUAR | VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CRITERIOS DE EVALUACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| COCINA | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| MANOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| SALON | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| COMEDOR | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | |
| AREA ADMINISTRATIVO | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| CUARTO DE RESIDUOS | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | X | | X | | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | | | | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (INCLUIR OTROS ESPACIOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Criterios de evaluación:**
Para cumplir:
La falta de las semanas. Cumplen con aspectos, tales como aspectos tales (ejemplo)
Observación del cumplimiento
Observación de los cumplimientos

**Pesaje de residuos sólidos generados (kg)**

| TIPO DE RESIDUO | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | TOTAL MES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | L | M | N | J | V | L | M | M | J | V | L | M | N | J | V | L | N | N | J | V | L | M | M | J | V | |
| KILOS DE RESIDUOS ORGÁNICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | 42 K |
| KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS | 1K | | 1K | | 1K | 1K | | 1K | | 1K | 1K | | 1K | | 1K | | | 1K | | 1K | 1K | | | | | |
| KILOS DE RESTOS PLASTICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1K | | | | | 1 K |
| KILOS DE CETE DE COCINA USADO (FRASCOS) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| TOTAL RESIDUOS DIA | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Copia no controlada. Verifique que la versión de este documento corresponda a la versión publicada en el SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

## REPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

| ELEMENTO | FECHA | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Redes hidrosanitarias | | | |
| Tanques elevados | 10 - 03 - 2025 | Lavado y desinfección de tanques | Fecha próximo lavado: 9- 09- 2025 |
| Tanques subterraneos | N/A | | |
| Purificadores y/o filtros de agua | N/A | | |
| Piscinas | | | |

Nombre: Yudi Rubiela Argote
Cédula: 36.[illegible]

**FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO Y FECHA DEL CONTRATO:**<br><br>**41006922024 del 30 de diciembre de 2024 al 30 de junio 2025**<br><br>**SEDES: GARZÓN, LA PLATA, PITALITO** | **OBJETO CONTRACTUAL:**<br>**Brindar atención a niñas, niños y adolescentes que tienen un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, en la modalidad hogar sustituto de acuerdo con los documentos técnicos vigentes expedidos por el ICBF.** |

**INTRODUCCIÓN**: Garantizar la salud pública y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años, contribuir a la prevención de enfermedades, a una mejor calidad de vida y promover un entorno más limpio y seguros. Incluye la gestión adecuada de residuos sólidos y líquidos, el control de vectores, la provisión de agua potable y la educación sanitaria. A través de la implementación de estrategias y acciones concretas, buscamos reducir la incidencia de enfermedades relacionadas con el agua y los residuos, así como minimizar el impacto ambiental de nuestras actividades diarias.

**OBJETIVO**:

**Calidad del agua potable**: Asegurar que los niños y adolescentes de 0 a 18 años tenga acceso a agua potable segura y libre de contaminantes, cumpliendo con los estándares de calidad del agua.

**Reducir la incidencia de enfermedades**: Disminuir la prevalencia de enfermedades transmitidas por el agua y los residuos, como la diarrea y otras infecciones parasitarias.


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

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

PÚBLICA

**Gestión eficiente de residuos sólidos:** Ejecutar los planes y protocolos para la recolección, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos, minimizando su impacto ambiental, promoviendo prácticas de reciclaje y reutilización.

**Control de vectores y plagas**: Dar cumplimento a los cronogramas de control y prevención de vectores, como mosquitos, roedores y otros insectos, que puedan transmitir enfermedades.

**Educación y sensibilización comunitaria**: Seguir promoviendo la educación sanitaria y ambiental entre las madres sustitutas, fomentando prácticas de higiene personal, así como el uso racional del agua y la adecuada gestión de residuos.

**Infraestructura de saneamiento adecuada**: Verificar que las infraestructuras de saneamiento, como alcantarillado y ductos de las viviendas que transportan las aguas residuales garanticen un transporte seguro y eficiente de los desechos líquidos.

**Protección de recursos hídricos:** Continuar con las medidas para la conservación y protección de fuentes de agua, evitando la contaminación y garantizando la sostenibilidad de los recursos hídricos.

**Monitoreo y evaluación continua:** Cronogramas de monitoreo y evaluación periódica para medir el progreso y la efectividad del plan, asegurando su adaptación y mejora continua según sea necesario.

**Promoción de la equidad y la inclusión**: Asegurar que las soluciones de saneamiento sean accesibles y asequibles.

**ALCANCE**: El Plan de Saneamiento abarca una amplia gama de actividades y medidas destinadas a mejorar las condiciones de salud y el bienestar ambiental.

- **Agua Potable y Tratamiento de Aguas Residuales**
- **Gestión de Residuos Sólidos**



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

- **Control de Vectores y Plagas**
- **Educación y Concienciación Comunitaria:**
- **Desarrollo de Infraestructura de Saneamiento**
- **Conservación y Protección de Recursos Hídricos**
- **Fortalecimiento Institucional y Marco Legal**
- **Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua**

**DESARROLLO:**

**Agua Potable y Tratamiento de Aguas Residuales**

Implementación de sistemas de distribución de agua potable que aseguren el acceso continuo y seguro a agua de calidad.

Monitoreo constante de la calidad del agua y de los sistemas de tratamiento para garantizar su eficacia.

**Gestión de Residuos Sólidos:**

Fortalecimiento en conocimientos previos para la recolección, clasificación, tratamiento y disposición final de residuos sólidos.

Promoción del reciclaje y la reducción de residuos en la fuente.
Instalaciones adecuadas para el manejo de residuos peligrosos y especiales.

**Control de Vectores y Plagas:**

PÚBLICA



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

Implementación de programas integrados de control de vectores, enfocándose en la prevención y eliminación de criaderos de mosquitos, roedores y otras plagas.

Educación sobre prácticas de prevención y control de vectores.

Monitoreo y evaluación de la eficacia de las intervenciones de control de plagas.

**Educación y Concienciación Comunitaria:**

Desarrollo de campañas de sensibilización sobre la importancia del saneamiento y la higiene.

Programas educativos para promover prácticas higiénicas y de manejo adecuado de residuos.

Formación y promoción de salud para impulsar cambios sostenibles en la conducta sanitaria.

**Desarrollo de Infraestructura de Saneamiento:**

Fomento de tecnologías innovadoras y sostenibles para el tratamiento y reutilización de aguas residuales.

**Conservación y Protección de Recursos Hídricos:**

Establecimiento de zonas de protección alrededor de los suministros de agua potable.

**Fortalecimiento Institucional y Marco Legal:**

Gestionar eficazmente los servicios de saneamiento.

Aplicar de políticas y regulaciones que apoyen la gestión sostenible del saneamiento.

PÚBLICA



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

Fomentar de la cooperación interinstitucional y la participación de actores clave en la planificación y ejecución del plan.

**Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua**

Revisiones periódicas para identificar áreas de mejora. Adaptación y ajuste del plan según los resultados obtenidos y las necesidades emergentes.

## 1. Programa de limpieza y desinfección

| LUGAR DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | ELEMENTOS E INSUMOS REQUERIDOS | MEDIDAS PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIA | PERIODICIDAD | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|
| SEDES LA PLATA, GARZON, PITALITO | LIMPIEZA Y DESINFECCION DE TODAS LAS AREAS DENTRO DE LAS SEDES Y LIMPIEZA EN EL PERIMETRO DE CADA SEDE | DETERGENTE, BLANQUEADOR, ESCOBA, RECOGEDOR, TRAPO, EPP ACORDES A LA ACTIVIDAD PARA LA PERSONA ENCARGADA DE LA LIMPIEZA | EVITAR LA ACUMULACION DE AGENTES O RESIDUOS DENTRO DE NUESTRAS INSTALACIONES | SE REALIZAN LAS ACTIVDADES DEACUERDO A LO ESTABLECIDO DENTRO DEL f40.g7.abs_formato_registros_plan_de_saneamiento_v2 | PERONSAL ENCARGADO DE CADA SEDE |

## 2. Programa desechos solidos

| LUGAR DONDE SE GENERÓ EL RESIDUO | ACTIVIDAD POR LA CUAL SE GENERÓ EL RESIDUO | TIPO DE RESIDUO | DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE RESIDUOS | MEDIDAS DE MANEJO | ALMACENAMIENTO | ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|



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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SEDE<br>LA PLATA, GARZON Y PITALITO | ACTIVIDADES DIARIAS DENTRO DEL HORARO LABORAL Y OCACIONADAS POR LAS MISMAS ACTIVIDADES | RESIDUOS APROVECHABLES<br><br>RESIDUOS NO APROVECHABLES<br><br>RESIDUOS ORGANICOS | RESIDUOS APROVECHABLES: PLASTICO, CARTON, PAPEL<br>RESIDUOS NO APROVECHABLES: PAPEL HIGIENICO, SERVILLETAS, ENVASES O ENVOLTURAS CONTAMIDAS CON RESIDUOS.<br>RESIDUOS ORGANICOS: RESIDUOS DE COMIDA | DISPOSICION EN LOS PUNTOS ECOLOGICOS DESTINADOS PARA LA RECOLECCION DE LOS RESIDUOS DEACUERDO A SU CLASIFICACION. | PUNTOS ECOLOGICOS DESTINADOS EN CADA SEDE | ENTREGA A CADA ENTE RECICLADOR O EMPRESA DE ASEO. |

## 3. Programa de control de plagas

| LUGAR DE FUMIGACIÓN | VECTORES IDENTIFICADOS | PERIODICIDAD DE LA FUMIGACIÓN | INSUMO UTILIZADO | MEDIDAS PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS | EMPRESA FUMIGADORA |
|---|---|---|---|---|---|
| SEDE LA PLATA, GARZON Y PITALITO | MOSQUITOS | FUMUGACION SEMESTRAL | CIPERMETRINA, AGUA, AROMATIZANTE | SEGUIR LOS PROTOCOLOS DE FUMIGACION SEMESTRAR, EVITAR ESTANCAMIENTO DE AGUAS Y MANTENER LAS ALBERCAS DEBIDAMENTE LIMPIAS | |

## 4. Programa de abastecimiento o suministro de agua potable

| FUENTE DE CAPTACIÓN | TRATAMIENTOS REALIZADOS | DISEÑOS DEL TANQUE DE ALMACENAMIENTO | PERIODICIDAD DE LAVADOS DE TANQUES DE E ALMACENAMIENTO |
|---|---|---|---|



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

| | | | |
|---|---|---|---|
| TANQUES Y DESTINADOS PARA EL ALMACENAMIENTO DE AGUA | LAVADO DE TANQUES SEMESTRAL POR UN ENTE CERTIFICADO | TANQUES DE AGUA PLASTICOS DE 500 LITROS DE ALMACENAMIENTO | SEMESTRALMENTE |

**ANEXOS**

## 5. ANEXO. REGISTROS PLAN DE SANEAMIENTO

f40.g7.abs_formato_registros_plan_de_saneamiento_V2

_____

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
C.C.36.347.141
Representante Legal
Fundación Social Yo Te Cuido

PÚBLICA

# LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, CON NIT. 901.496.702-9

## CERTIFICA QUE

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes No.41006922024 del 30/12/2024 – 30/06/2025, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 5) "Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato". Del COMPONENTE AMBIENTAL, que durante el mes en vigencia, en La Modalidad de Acogimiento Familiar Hogar Sustituto Vulneración y Discapacidad, en las sedes de Garzón, La Plata y Pitalito, no se generaron residuos especiales y/o peligrosos.

En constancia de lo anterior, se firma el día 31 del mes de marzo del año 2025.

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
C.C. 36.347.141
Representante legal
Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y revisado por SIGE,

**CLAUDIA MEZA SAAVEDRA**
C.C.55174233

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

- [ ] La Plata
- [ ] Garzón
- [x] Pitalito

Fecha

DD MM AAAA

17 / 03 / 2025

Nombre y apellido

DANIELA ALEJANDRA VILLAMIL

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

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

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL**
**PAHOLA AGUIRRE LOSADA DE LA FUNDACIÓN SOCIAL**
**YO TE CUIDO, CON NIT. 901.496.702-9**

## CERTIFICA QUE

En cumplimiento con lo establecido en el contrato de aportes No.41006922024, del 30/12/2024 – 30/06/2025, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 3) “Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio”. Del COMPONENTE DE CALIDAD, que durante el mes en vigencia, en La Modalidad de Acogimiento Familiar Hogar Sustituto Vulneración y Discapacidad, en las sedes de Garzón, La Plata y Pitalito, no se presentaron requerimientos.

En constancia de lo anterior, se firma el día 31 del mes de marzo del año 2025.

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
C.C. 36.347.141
Representante legal
Fundación Social Yo Te Cuido

Elaborado y revisado por SIGE,

**CLAUDIA MEZA SAAVEDRA**
C.C.55174233

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

Fecha

DD MM AAAA

20 / 03 / 2025

Nombre y apellido

JUAN CARLOS PAZ QUILINDO

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

Fecha

DD MM AAAA

13 / 03 / 2025

Nombre y apellido

LEIDY MENSA

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

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

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

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**

Centro Zonal

- (●) LA PLATA
- ( ) PITALITO
- ( ) GARZON

MARIA ALEJANDRA MENDEZ VERA

FECHA

DD MM AAAA

20 / 03 / 2025

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Que el ICBF es un establecimiento público descentralizado del orden nacional con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrito al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social - Prosperidad Social, que tiene como fin esencial trabajar por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia, la juventud y el bienestar de las familias en Colombia.

Que el Artículo 33 de la Ley 1098 de 2006 recoge derechos sustanciales de la mayor relevancia para el asunto del presente compromiso así: *Artículo 33: Derecho a la intimidad. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la intimidad personal, mediante la protección contra toda injerencia arbitraria o ilegal en su vida privada, la de su familia, domicilio y correspondencia. Así mismo, serán protegidos contra toda conducta, acción o circunstancia que afecte su dignidad."*

De igual manera, el Artículo 3 de la Convención Internacional sobre los derechos del Niño – Ley 12 de 1991, señala lo siguiente: "*1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño"*.

Que la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de la República de Colombia establece las disposiciones generales para la protección de datos personales recolectados en bases de datos o archivos, señalando en su artículo 7° que los derechos de los niños, niñas y adolescentes para el tratamiento de datos "*asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública*".

Que el Decreto 1074 de 2015 de la República de Colombia en su capítulo 25 del título 2 del libro 2 de la parte 2 que reglamenta la Ley Estatutaria 1581 de 2012, dispone en su artículo 2.2.2.25.2.9 que la prohibición para el tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes se exceptúa cuando se trate de datos de naturaleza pública y cuando dicho tratamiento responda y respete el interés superior de los niños, niñas y adolescentes y asegure el respeto de sus derechos fundamentales.

Que el numeral 5 del artículo 2.2.2.25.1.3 del Decreto 1074 de 2015 define la transmisión como "*Tratamiento de datos personales que implica la comunicación de los mismos dentro o fuera del territorio de la República de Colombia cuando tenga por objeto la realización de un Tratamiento por el Encargado por cuenta del Responsable*".

Que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, como responsable del tratamiento de datos personales obtenidos en desarrollo de su objeto y funciones legales, y en ejercicio de los deberes contenidos en la Ley 1581 de 2012 y el capítulo 25 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, establece la Política de Tratamiento de Datos Personales, para garantizar la protección de los derechos fundamentales en su tratamiento.
Dada la relevancia de alguna información para establecer focalizaciones, como puede ser la relacionada con nivel educativo, nivel socioeconómico, pertenencia a grupos étnicos o indígenas, estado nutricional, entre otros que pueden ser considerados datos sensibles, el ICBF garantizará que el tratamiento de esta información se realice buscando establecer mecanismos que mejoren sus procesos de atención y en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y el capítulo 25 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015.

En ese sentido, la Política de Tratamiento de Datos Personales, dispuso lineamientos y directrices para que, a través de los procedimientos para el suministro e intercambio de información entre otros, se administren, gestionen y suministren los datos personales en garantía de los principios contemplados en el artículo 4 de la Ley 1581 de 2012.

Igualmente, de conformidad a Resolución Interna, el ICBF adoptó la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación, además estableció las políticas generales de manejo y los lineamientos frente al uso y manejo de la información y dispuso que es deber de la entidad reducir el riego de robo, fraude, mal uso de las instalaciones y medios, asegurando las confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información.

Que dicha Resolución dispone la necesidad de suscribir el presente compromiso de confidencialidad y no divulgación, en lo que respecta al tratamiento de la información de la entidad y la autorización de tratamiento de datos personales. Que se considera información confidencial: a) Aquella que, como conjunto, por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida. b) La que esté protegida de acuerdo con su clasificación. c) Aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial, y d) Información que de acuerdo con la naturaleza del Instituto se debe mantener en absoluta reserva y aquella que la normativa colombiana catalogue como información reservada y/o confidencial o que no sea considerada información pública del Estado.

Que dado el acuerdo de voluntades que suscribirá el ICBF para el desarrollo de los obligaciones o compromisos, es necesario suministrar información que se encuentra protegida por las normas de protección de datos personales, incluyendo información de niños, niñas y adolescentes para su atención y focalización, así como este levantará información relacionada que permita al ICBF tener un control y hacer seguimiento de estos procesos, por lo que se evidencia la necesidad de suscribir el presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de datos con el fin de garantizar la confidencialidad de la información que el ICBF suministre dentro del marco del acuerdo de voluntades, definiendo las actividades que el encargado realizará por cuenta del responsable para el tratamiento de los datos personales y las obligaciones del Encargado para con el titular y el Responsable.

Que debido a la naturaleza de las actividades que desarrollará la parte receptora con respecto a la parte reveladora que es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, se hace necesario que se administre, proteja y preserve la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información antes, durante y en la etapa posterior a la ejecución del acuerdo de voluntades a suscribir:

**EN CONSECUENCIA:**

Yo, YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 36.347.141 expedida en Campoalegre – Huila representante legal de FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO **con** NIT 901.496.702-9, en adelante denominada **PARTE RECEPTORA**, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a su disposición por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**, quien será en adelante denominada la

**PARTE REVELADORA**, para el desarrollo y ejecución del acuerdo de voluntades que se celebrará entre las partes, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con:

**PRIMERO. PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL Y CONFIDENCIAL:** La parte receptora como encargada del tratamiento de la información dará aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación del ICBF, las cuales se encuentran publicadas en la página web.

**SEGUNDO. PROTECCION DE DATOS PERSONALES: EL ENCARGADO** dará aplicación a la Política de Tratamiento de Datos Personales, así como a los procedimientos y formatos del **ICBF**, los cuales se encuentran publicados en la página web.

**TERCERO. OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir **LA PARTE RECEPTORA**, respecto del acceso, consulta, transferencia y uso de la información confidencial que produce y administra **LA PARTE REVELADORA.**

Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer, circular,compilar,sustraer,ofrecer,vender,intercambiar,captar,interceptar,modificar,recolectar,almacenar,replicar,comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, inclusive después de finalizada su vinculación contractual o culminado el tratamiento de información realizado en ejercicio de las labores encomendadas, de conformidad con el ***Principio de Confidencialidad*** contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012

**CUARTO. DESTINACIÓN:** La información que se obtenga de **LA PARTE REVELADORA** sólo podrá ser utilizada por la **PARTE RECEPTORA** para el desarrollo y ejecución del objeto del contrato a celebrarse entre el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF** y la persona natural o jurídica que suscribe el presente documento

**QUINTO. OBLIGACIONES: 1.)** La Información Confidencial no puede ser utilizada por la parte receptora para fines diferentes al cumplimiento del objeto del acuerdo de voluntades a suscribirse. **2.) LA PARTE RECEPTORA** se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por **LA PARTE REVELADORA. 3.)** Hacer cumplir en nombre propio sobre sus trabajadores, contratistas, subcontratistas y demás colaboradores, la obligación de no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer, circular, compilar, sustraer,ofrecer,vender,intercambiar,captar,interceptar,modificar,recolectar,almacenar,replicar,comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la PARTE REVELADORA en ejecución del acuerdo de voluntades a celebrarse **4.)** Instruir al personal que estará encargado de recibir la información confidencial, debiendo suscribir un compromiso de confidencialidad elaborado por LA PARTE RECEPTORA, necesario, de su obligación de recibir, tratar y usar la información confidencial destinada únicamente al cumplimiento de sus funciones, bajo los mismos términos

establecidos en el presente compromiso. **5.)** Igualmente, **LA PARTE RECEPTORA** como las personas a su cargo**,** se comprometen a no utilizar de ninguna forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de **LA INFORMACIÓN** suministrada por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** conforme a las disposiciones de Protección de Datos Personales establecidas en la ley y el Principio de Confidencialidad contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012.**.**

**PARÁGRAFO PRIMERO: LA PARTE RECEPTORA** designará por escrito, los empleados y/o contratistas autorizados para el tratamiento de la información confidencial. La actualización de los usuarios será responsabilidad exclusiva de **LA PARTE RECEPTORA,** quien establecerá los protocolos de seguridad que se consideren necesarios para garantizar la confidencialidad de la información. La actualización, novedades o desvinculación de usuarios deberá comunicarla al **ICBF** cuantas veces corresponda.

**PARÁGRAFO SEGUNDO: LA PARTE RECEPTORA** responderá por todos los daños o perjuicios morales, de imagen o económicos que llegue a causar a **LA PARTE REVELADORA** por la indebida utilización de la **INFORMACIÓN** recibida, o por el incumplimiento parcial o total de las obligaciones enlistadas con antelación

**SEXTO. SEGURIDAD DE LA INFORMACION:** La información suministrada por la **PARTE REVELADORA** y en general cualquier tipo de información clasificada o reservada conocida en desarrollo del objeto del contrato acuerdo de voluntades, deberá ser mantenidas de manera confidencial y privada, protegiendo dicha información para evitar su divulgación y/o circulación no autorizada, ejerciendo sobre ésta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información de este tipo que tenga bajo su custodia, tomando para ello todas las medidas técnicas y de cuidado y propendiendo para que el personal a su cargo de igual manera custodie y proteja dicha información

**SEPTIMO. DURACIÓN. LA PARTE RECEPTORA** acepta que la confidencialidad de cualquier información de carácter personal y confidencial, será continua y no vencerá, especialmente los datos sensibles que trata la Ley 1581 de 2012 y su reglamentación contenida en el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, garantizando que en el caso de información de niños, niñas o adolescentes, su tratamiento responderá a su interés superior y se asegurará sin excepción alguna el respeto de sus derechos prevalentes, de conformidad con Ley y la jurisprudencia de la honorable Corte Constitucional.

**OCTAVO - PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN:** La información suministrada pertenece al **ICBF** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las funciones legales.

**NOVENO- VERIFICACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN: LA PARTE REVELADORA** se reserva el derecho de verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del presente compromiso, con respecto al tratamiento de la información que se encuentra en las bases de datos que produce y administra el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.**

**DECIMO– SANCIONES:** La violación o inobservancia a cualquiera de las cláusulas de confidencialidad de este compromiso, o el uso indebido de la información, facultará a los supervisores para compulsar y dar traslado a las

autoridades competentes con el fin de que sean adelantadas las actuaciones administrativas, civiles, disciplinarias y penales a las que haya lugar.

**DECIMO PRIMERO – CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA: A.** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones de **LA PARTE RECEPTORA, LA PARTE REVELADORA** podrá hacer efectiva la presente cláusula penal pecuniaria, en un monto equivalente al diez por ciento (10 %) del valor del acuerdo de voluntades, a título de pena, la cual se tendrá como estimación y pago anticipado y parcial de los perjuicios causados a la **PARTE REVELADORA** sin perjuicio de las acciones legales a las que haya lugar en caso que dicho monto no sea suficiente para resarcir el daño.

**DÉCIMO SGUNDO – SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.** Las partes en aras de solucionar en forma ágil, rápida y directa las diferencias y discrepancias que puedan surgir del presente compromiso de confidencialidad, acudirán en principio al mutuo acuerdo y en caso de no llegarse a un acuerdo, acudirán a las instancias y procedimientos contemplados en los artículos 68 y siguientes de la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.

.

En consecuencia de lo anterior el presente compromiso se firma a los Veintitres ( 23 ) días del mes de Diciembre del 2024.

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

PÚBLICA

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

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL**
**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA DE LA FUNDACIÓN SOCIAL**
**YO TE CUIDO, CON NIT. 901.496.702-9**

## CERTIFICA QUE

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes No.41006922024 del 30/12/2024 – 30/06/2025, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 2) "Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato." Del COMPONENTE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, que durante el mes en vigencia, en La Modalidad de Acogimiento Familiar Hogar Sustituto Vulneración y Discapacidad, en las sedes de Garzón, La Plata y Pitalito, no se presentaron incidentes que afectaran la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF.

En constancia de lo anterior, se firma el día 31 del mes de marzo del año 2025.

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
Representante legal
Cédula 36.347.141
Fundación Social Yo Te Cuido

Elaborado y revisado por SIGE,

**CLAUDIA MEZA SAAVEDRA**
C.C.55174233

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

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Centro Zonal

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

Fecha

DD MM AAAA

10 / 03 / 2025

Nombre y apellido

SEBASTIAN NOGUERA

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

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

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

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

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

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Recibe buena atención por los profesionales de la fundación.

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

Desarrollas actividades de lúdica y juego durante con la familia sustituta

- (●) Si
- ( ) No

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

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

Las actividades desarrolladas por la fundación son de su agrado.

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

Conoce el Buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

| | | | |
|---|---|---|---|
| BIENESTAR FAMILIAR | **PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS**<br>MATRIZ DE EPP | F28.G7.ABS | 25/09/2019 |
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |
| **EMPRESA** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | | |
| **ESPECIFICACIONES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL** | | | |

| Item N° | Imagen EPP | Nombre del Elemento de Protección | Descripción (Material y usos) | Detalle | Norma Aplicable para EPP | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 |  | Guantes de nitrilo azul | El Guante de Nitrilo está hecho de un caucho sintético, y es una alternativa ideal en caso de alergia al guante de látex y es el más recomendable en la industria alimentaria. El nitrilo se caracteriza por su alta resistencia a la perforación. | El nitrilo es un material muy resistente y por eso, los guantes hechos con este material, son utilizados en profesiones donde el riesgo de contaminaciones químicas o punciones son habituales. | Este tipo de guantes de nitrilo cumple los requisitos para la comprobación de la seguridad microbiológica y de bajo riesgo químico (EN374-2 y EN374-3). | son usados para la industrica de la alimentación bajo el reglamento 10/2011 referente a los materiales plásticos que están destinados a entrar en contacto con el sector de la alimentación. Otros de sus variados usos es para la industria electrónica o limpieza ya que el NBR no contiene latex ni otros aceleradores químicos y ofrecen mayor confort y elasticidad |
| 2 |  | Guantes de caucho | Latex 100 % Natural. | Más flexibles (Cansan menos) y hechos para trabajo pesado.<br>Mayor protección para sus manos en trabajos rudos.<br>Diseño ergonómico.<br>Antideslizante en seco y húmedo.<br>Fórmula especial que permite mayor duración. | Norma técnica colombiana 2190. Guantes de protección contra productos químicos y microorganismos. | Protege la piel de sus manos en las labores de limpieza, ante la presencia de agentes externos como, soluciones diluidas de detergentes, lavalozas, cloro, etc.<br>A sus manos, ante la baja temperatura del agua y otros liquidos.<br>Contra puntas, filos, etc. |
| 3 |  | Tapabocas N 95 | Composición Fabricado en fibras de polipropileno Bandas en material elástomerico. | La válvula patentada Cool Flow® está diseñada para una fácil exhalación y reduce la acumulación de calor dentro del respirador, entregando mayor comodidad al usuario. | Aprobado para material partículado Norma 42 CFR 84 NIOSH (N95) y la Norma NTC 2561 (Tipo B | Respirador contra material particulado. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 |  | Tapabocas | Fabricadas con material no tejido de polipropileno (PP) de tres capas.<br>Con elástico para sujetar por detrás de las orejas y ajuste nasal. | Para protección respiratoria contra partículas sólidas y líquidas.<br>Dispositivo interno en aluminio que se adapta a la nariz, evita la formación de vaho (idónea para personas que usan gafas).<br>Suave y no irritante para la piel.<br>Amigable con el medio ambiente.<br>Filtración de alta capacidad por sus tres capas. | Norma técnica colombiana 3851 | reducen el esparcimiento de partículas portadoras de bacterias o virus generadas al estornudar o toser. |
| 5 |  | Monogafas de seguridad | Protección ocular<br>Material: policarbonato<br>Color: transparente,<br>Uso: aseo | Se ajustan completamente a la cara y proveen protección contra salpicaduras en la manipulación de químicos o ante la presencia de gases y vapores. | Anzi Z87<br>Ley 9/79 Res. 2400/79 | Evita contacto de los ojos con químicos utilizadas en el aseo. Limpiar con agua y jabón, guardarlas en un lugar seco, Usarlas libre de rayones. |

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

Copiado [illegible] de este documento se considera [illegible] COPIA NO CONTROLADA

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

## ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**EMPRESA:** FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

| | |
|---|---|
| **NOMBRE** | [illegible] |
| **CÉDULA** | [illegible] |
| **CARGO** | [illegible] |

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

| FECHA | EPP | CANT. | TALLA | ESTADO DEL EPP | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 5-02-2021 | [illegible] | 1 par | 0 | Bueno | [signature] |

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


[illegible]

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

## ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**EMPRESA: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Mónica Johana Cruz Samboni |
| **CÉDULA** | 1080930730 |
| **CARGO** | Auxiliar Administrativa |

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

| FECHA | EPP | CANT. | TALLA | ESTADO DEL EPP | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 3/03/2025 | 1 CAJA DE TAPABOCAS | 1 | | U | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

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

Powered by CamScanner

## ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**EMPRESA: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE** | **Geraldine Calderón Falla** |
| **CÉDULA** | **1077877059** |
| **CARGO** | **Auxiliar Administrativa** |

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

| FECHA | EPP | CANT. | TALLA | ESTADO DEL EPP | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 3/03/2025 | 1 CAJA DE TAPABOCAS | 1 | U | BUENO |  |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PÚBLICA

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

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

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**

Centro Zonal

- (●) LA PLATA
- ( ) PITALITO
- ( ) GARZON

Willinger David Cárdenas

FECHA

DD MM AAAA

03 / 03 / 2025

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

- [x] Siempre
- [ ] Algunas Veces
- [ ] Nunca

Conoces el buzón de sugerencias

- [x] Si
- [ ] No

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

- [ ] Siempre
- [ ] Algunas veces
- [x] Nunca

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- [x] Si
- [ ] No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

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

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

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**

Centro Zonal

- (●) LA PLATA
- ( ) PITALITO
- ( ) GARZON

YOHAN JOJOA

FECHA

DD MM AAAA

20 / 03 / 2025

Te sientes bien cuando estas en la fundación.

- (●) Excelente
- ( ) Bien
- ( ) Mal

Los profesionales te tratan con respeto.

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

Te has sentido agredido por algún profesional.

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

Juegas y compartes con tus compañeros de la modalidad.

- (●) Si
- ( ) No

Te gusta participar en las actividades de la fundación.

- (●) SI
- ( ) NO

Te sientes bien con el trato de la madre Sustituta

- (●) Si
- ( ) No

Te han ayudado en tus necesidades .

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

Te han explicado las reglas de la modalidad hogar sustituto

- (●) Si
- ( ) No

Te han entregado la dotación de aseo y personal.

- (●) Si
- ( ) No

Desarrollas actividades de lúdica y juego con la familia Sustituta

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

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

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

Conoces el buzón de sugerencias

- (●) Si
- ( ) No

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

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

El pacto de convivencia le ha sido socializado

- (●) Si
- ( ) No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 2 | |
|---|---|
| **Hora: 10 : 00 a.m.** | **Fecha: 3/03/ 2025** |
| **Lugar:** | Sede administrativa Fundación Social Yo Te Cuido |
| **Dependencia que Convoca:** | SIGE |
| **Proceso:** | Misional Protección - Restablecimiento de Derechos |
| **Objetivo:** | Socializar con el talento humano de La Fundación Yo Te Cuido, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Objetivos EstraMgicos, demás documentación como, políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE, necesarios para la prestación del servicio. |

**Agenda**:

1. Saludo,
2. Misión, visión, objetivos estratégicos, política del sistema integrado de gestión, política de calidad, política de riesgo, política ambiental, buenas prácticas ambientales, política de seguridad y salud en el trabajo, política general de la seguridad de la información, buenas prácticas para la seguridad de la información.
3. Compromiso.

**Saludo:**

Siendo las 10:00 a. m del día 3 del mes de marzo del año 2025, se comparte un afectuoso saludo, se agradece la asistencia y se destaca la importancia de conocer la información del sistema integrado de gestión según la presentación de la versión #6 del ICBF para el desarrollo de actividades durante la ejecución del contrato.

**Desarrollo:**

Con la presentación de la versión número seis del ICBF se realiza la siguiente socialización

**Política del sistema integrado de gestión:**

"En el ICBF trabajamos con calidad, compromiso, transparencia, e integridad con el propósito de liderar la protección integral de los derechos de la niñez, la adolescencia y las familias mediante la consolidación de una cultura organizacional basada en la diligencia, el servicio, y la promoción dela equidad como expresión de justicia social y fundamento de la paz, articulando de manera eficiente los procesos de la entidad a nivel nacional y territorial, reconociendo las necesidades y expectativas de cada una de las partes interesadas para así contribuir al cumplimiento de la misión del instituto".

**Política de calidad**:

"En el ICBF trabajamos con calidad, compromiso, transparencia, e integridad con el propósito de liderar la protección integral de los derechos de la niñez, la adolescencia y las familias mediante la consolidación de una cultura organizacional basada en la diligencia, el servicio, y la promoción dela equidad como expresión de justicia social y fundamento de la paz, articulando de manera eficiente los procesos de la entidad a nivel nacional y territorial, reconociendo las necesidades y expectativas de cada una de las partes interesadas para así contribuir al cumplimiento de la misión del instituto".




Powered by CamScanner

**Politica de riesgos:**

"El objetivo es reducirlos, evitarlos, transferirlos o mitigarlos, llevando los riesgos residuales a niveles de aceptación bajos. Por otra parte, potenciamos los riesgos positivos entendidos como oportunidades o fortalezas. En el nivel nacional, regional y zonal gestionamos integralmente los riesgos de: calidad, ambiental, seguridad y privacidad de la información, seguridad digital, continuidad de la operación y corrupción, así como los riesgos y peligros de seguridad y salud en el trabajo en todos los procesos del Instituto. Propiciar espacios de participación de los colaboradores y adelantar desde la alta dirección, un proceso permanente de comunicación, revisión, seguimiento y control a los planes de tratamiento. La responsabilidad frente a la gestión de riesgos corresponde, en el marco de sus competencias, a las líneas de defensas: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, alta dirección, líderes y responsables de proceso, colaboradores, Dirección de Planeación y Control de Gestión y Oficina de Control Interno. Fortalecer las capacidades de las familias, comunidades y territorios, promoviendo la equidad como expresión de justicia social, fundamento de paz y la protección integral de los derechos de la niñez y la adolescencia".

**Politica del sistema de gestión ambiental:**

"El ICBF con presencia a nivel nacional, consciente de la mejora continua y de su compromiso con la protección del medio ambiente, promueve la implementación de buenas prácticas ambientales, cumple los requisitos legales y otros requisitos, previene la contaminación y controla los aspectos ambientales asociados a la generación de residuos y consumo de los recursos agua, energía y papel; efectuando acciones que permitan minimizar los efectos adversos del cambio climático, aportando al cuidado del ambiente y la sostenibilidad, a partir de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, para con ello contribuir al bienestar de los niños, niñas, adolescentes, familias y colaboradores del ICBF."

Se invita al personal a mantener las buenas prácticas allí recomendadas, como el ahorro del papel, impresiones a doble cara, ahorro de energía, ahorro del agua, clasificación adecuada de los residuos, papeleras blanca, verde y negra. Disposición de los residuos especiales.

**Politica de seguridad y salud en el trabajo:**

"En el ICBF estamos comprometidos con la Seguridad y Salud en el Trabajo a nivel nacional, regional, zonal, encaminados en la prevención y disminución de incidentes, accidentes, lesiones y enfermedades laborales de los colaboradores, desarrollando acciones preventivas y participativas que fomenten el compromiso de todos frente a la cultura del autocuidado y conlleven a condiciones óptimas de salud física, mental y social.
Para ello, anticipamos, reconocemos, evaluamos y controlamos de forma eficaz los peligros, los riesgos, así como las amenazas presentes en el entorno identificando oportunidades y fortalezas para la mejora continua, respondiendo a los requisitos legales aplicables y otros que suscriba la entidad acorde con las necesidades de los colaboradores y partes interesadas.
Es un compromiso de la Alta Dirección liderar el SG-SST promoviendo la consulta y la participación, así como asignando los recursos necesarios para propiciar un ambiente de trabajo sano y seguro".

Con respecto a esta política se mencionan los peligros a los que los colaboradores están expuestos, (biomecánico, mecánico, biológico, locativo, eléctrico, físico, químico, psicosocial, orden público, caídas en alturas, natural y de tránsito). La importancia del autocuidado desde cada uno de sus roles como el uso de los tapabocas en tiempos de virosis, reportar los actos y condiciones inseguras con el objetivo de evitar accidentes y enfermedades laborales.

**Política general de seguridad de la información:**

***Basada en la resolución 414 del 2024. Protege, preserva, administra.***

Objetivo del sistema de gestión de seguridad de la información:
Realizar la inducción a colaboradores nuevos en la Entidad, con el objetivo de afianzar los conocimientos y responsabilidades de su función en apoyo a las políticas y buenas prácticas establecidas en el Eje de Seguridad de la Información del ICBF




Powered by CamScanner

**Definición de seguridad de la información:**

La seguridad de la información es un conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones y de los sistemas tecnológicos que permiten resguardar y proteger la información buscando mantener la: **Confidencialidad**, **Integridad** y **Disponibilidad** de la misma.

**Responsabilidades de los operadores:**

Conocer, aceptar y cumplir las Políticas de Seguridad de la Información establecidas por la Entidad.
Asistir a las charlas de sensibilización en temas de seguridad de la información.
Reportar Incidentes de Seguridad de la Información.

**Buenas prácticas:**

Equipos que almacenen información de ICBF, contraseñas, antivirus actualizado.
Bloqueo del equipo cuando se ausente del área de trabajo.
No reciclar documentos clasificada o reservada, con datos sensibles, firmas o datos personales.
Tu contraseña es tu primera línea de defensa, contraseñas robustas con mayúsculas, minúsculas y caracteres.
No almacenes contraseñas de acceso a VPN, sistemas de información y correos.

**Qué son los datos personales, tipos de datos personales, clasificado y etiquetado de la información**

Se refieren a toda información de una persona que permite su identificación. Por ejemplo: su identidad, el lugar de nacimiento, estado civil, edad, lugar de residencia, formación académica, experiencia laboral, o profesional.
Sensibles, privados, públicos y semipúblicos.
Pública, clasificada y reservada.

**Incidentes de seguridad de la información:**

Se deben reportar al supervisor del contrato, tratando de dar una oportuna atención y respuesta con el fin de mitigar el impacto asociado a la pérdida de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información ICBF

**Canales para reportar un incidente de seguridad de la información:**

Informar al supervisor dejando la evidencia documentada y utilizando el FormatoF6.G7.ABS.
Diligenciar el FormatoF6.G7.ABS Reporte de Incidentes de Seguridad de la Información

Se comparte la presentación de la versión #6 del ICBF.








Powered by CamScanner
























Powered by CamScanner

**Decisiones:** dar cumplimiento a las políticas establecidas mediante la implementación de las buenas prácticas en cada caso, obligaciones contractuales y demás información recibida, durante el desempeño de las funciones para las que se fue contratado.

| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Las colaboradoras manifiestan entender la información y tenerla en cuenta, para el desempeño de sus labores, además de la asistencia a todas las sensibilizaciones que convoque La Fundación. | Representante Legal y colaboradores | 3/03/2025 |
| | | |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Geraldine Calderón Falla | Auxiliar Administrativo | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | |
| Yudi Pahola Aguirre Losada | Coordinadora | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | |
| Claudia Meza | SIGE | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | Fecha | Hora | Lugar |
|---|---|---|---|
| Próxima reunión | 20/03/2025 | 3 00 p m | |
| Colaborador que elabora el acta: | Claudia Meza Saavedra. | | |


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

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

Powered by CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 22 | |
|---|---|
| **Hora: 10:30 AM** | **Fecha: 14 DE MARZO DE 2025** |
| **Lugar:** | Fundación social yo te cuido – sede GARZON |
| **Dependencia que Convoca:** | Modalidad Hogar sustituto – Equipo interdisciplinario fundación "YO TE CUIDO" |
| **Proceso:** | Misional – protección – restablecimiento de derechos |
| **Objetivo:** | Fomentar y motivar la participación de todos los involucrados para mejorar los procesos y servicios de la fundación social "yo te cuido" |

Siendo las 10:30 de la mañana se da apertura al espacio en donde se busca fomentar y motivar la participación de todos los involucrados para mejorar los procesos y servicios de la fundación social "yo te cuido"

**Agenda**: *Se desarrolla de la siguiente forma.*

1. Saludo y presentación, a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.
2. Observaciones
3. Registro fotográfico

**Saludo y presentación:**

El día 14 DE MARZO DEL 2025 a las 10:30 de la mañana se llevó a cabo la apertura de "Buzón de sugerencias" de la fundación social "Yo Te Cuido", en el espacio se presenta el equipo interdisciplinar de la fundación del municipio de Garzón Carlos Andres Cuenca Rojas (GC), quien agradecen la participación a la representante de las madres sustituta la señora OLGA LUCIA TRIANA CASAS en calidad de representante de los beneficiarios

Durante el desarrollo del espacio se trató en el siguiente orden.

1. Apertura de buzón de PQR
2. Revisión minuciosa de los elementos recibidos
3. Clasificación y análisis para determinar las acciones a seguir.
4. Firma de la constancia de participación por todos los presentes

**Observaciones**

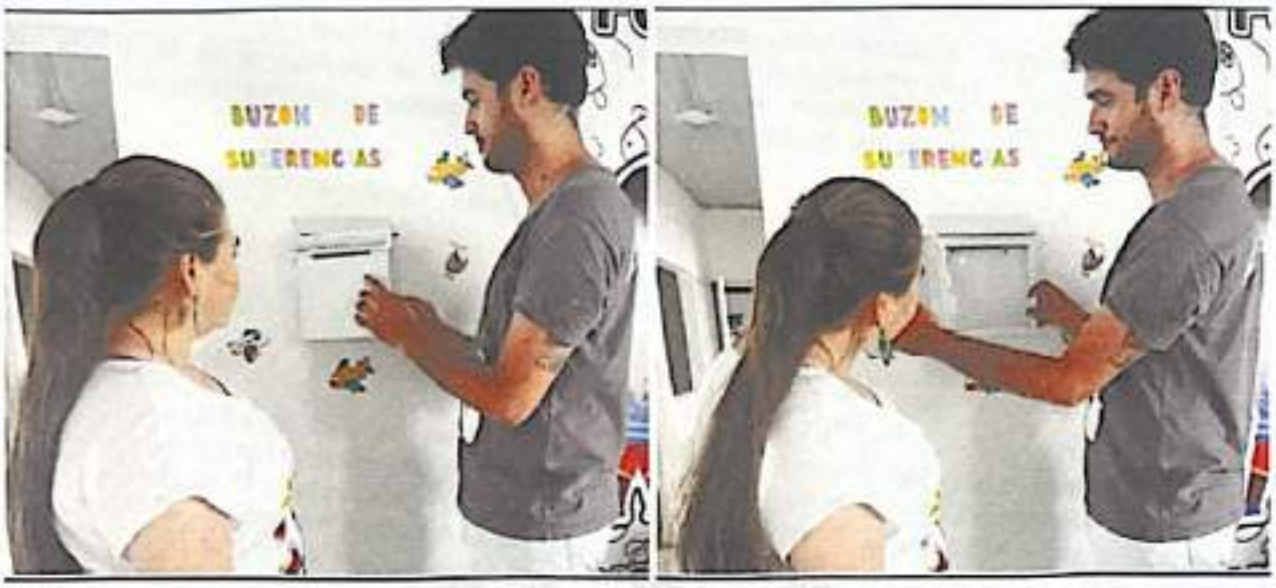
Se reafirma el compromiso de asegurar la confidencialidad de las sugerencias, respetando el anonimato de los sugerentes si lo solicitan.

Si lo solicita y se ve la necesidad se acordó realizar evaluación periódica del buzón para buscar mejoras en esta herramienta de participación.




Scanned with CamScanner

Por el desarrollo de esta herramienta de participación se evidencia que la actividad fue un éxito sin ninguna novedad frente a la apertura, es de resaltar que no se encontró ninguna petición, queja o reclamo frente a la modalidad.




| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Realizar próxima apertura de buzón | *Equipo de la fundación social "YO TE CUIDO* | *28/03/2025* |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS | Gestor De Caso | F.YO TE CUIDO | |
| OLGA LUCIA TRIANA CASAS | Madre Sutituta | F.YO TE CUIDO | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | Por programar | Por programar | Fundación social yo te cuido – sede GARZON |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Carlos Andres Cuenca Rojas | | |



Scanned with CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 14 | |
|---|---|
| **Hora: 10:30 AM** | **Fecha: 28 de marzo 2025** |
| **Lugar:** | Fundación social yo te cuido – sede GARZON |
| **Dependencia que Convoca:** | Modalidad Hogar sustituto – Equipo interdisciplinario fundación "YO TE CUIDO" |
| **Proceso:** | Misional – protección – restablecimiento de derechos |
| **Objetivo:** | Fomentar y motivar la participación activa de todos los involucrados para mejorar los procesos y servicios de la fundación social "yo te cuido" |

Siendo las 10:30 de la mañana se da apertura al espacio en donde se busca fomentar y motivar la participación activa de todos los involucrados para mejorar los procesos y servicios de la fundación social "yo te cuido"

**Agenda**: *Se desarrolla de la siguiente forma.*

1. Saludo y presentación, a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.
2. Observaciones
3. Registro fotográfico

**Saludo y presentación:**

El día 28 de marzo 2025 a las 10:30 se llevó a cabo la apertura de "Buzón de sugerencias" de la fundación social "Yo Te Cuido", en el espacios se presenta el equipo interdisciplinar de la fundación del municipio de Garzón Carlos Andres Cuenca Rojas (GC), Karen Yesenia Álvarez Caicedo (TS) y Laura Alejandra Fernández Soto (PS) quienes agradecen la participación a la representante de las madres sustituta la señora Clara Ines Rojas Cumbe en calidad de representante de los beneficiarios

Durante el desarrollo del espacio se trató en el siguiente orden.

1. Apertura de buzón de PQR
2. Revisión minuciosa de los elementos recibidos
3. Clasificación y análisis para determinar las acciones a seguir.
4. Firma de la constancia de participación por todos los presentes

**Observaciones**

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

Si lo solicita y se ve la necesidad se acordó realizar evaluación periódica del buzón para buscar mejoras en esta herramienta de participación.

Por el desarrollo de esta herramienta de participación se evidencia que la actividad fue un éxito sin ninguna novedad frente a la apertura, es de resaltar que no se encontró ninguna petición, queja o reclamo frente a la modalidad.




Scanned with CamScanner



| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| *La próxima apertura sera el 15 de abril del 2025* | *Equipo de la fundación social "YO TE CUIDO* | *15/04/2025* |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Carlos Andres Cuenca Rojas | Gestor de caso | F. "YO TE CUIDO" | |
| Clara Inés Rojas Cumbe | Madre sustituta | F. "YO TE CUIDO" | |

| | Fecha | Hora | Lugar |
|---|---|---|---|
| **Próxima reunión** | 15/04/2025 | 10:00 AM | Fundación social yo te cuido – sede GARZON |

| | |
|---|---|
| **Colaborador que elabora el acta:** | Carlos Andres Cuenca Rojas |




Scanned with CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°6 | | |
|---|---|---|
| **Hora:** 05:00 p. m | | **Fecha:** 14 de marzo de 2024 |
| **Lugar:** | Fundación Social Yo Te cuido – Sede la plata | |
| **Dependencia que Convoca:** | Operador Modalidad Hogar Sustituto – Equipo Interdisciplinario | |
| **Proceso:** | Misional -protección – restablecimiento de derechos | |
| **Objetivo:** | Realizar apertura del buzón de sugerencias con el fin de dar cumplimiento a lo estimulado en el lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos amenazados y/o vulnerados | |

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida.
- Socialización del objetivo de la actividad
- Lectura de PQR
- Cierre y Compromisos

**Desarrollo:**

Momento 1. Inicio: se inicia a las 05:00 p.m contando con la participación de la gestora de caso del operador y el usuario Dairon Leonardo Rosas Calvo.

Momento 2. Socialización del Objetivo, Meta y Metodología: se socializa el objetivo, metodología y meta del proceso denominado apertura del buzón de sugerencias.

Momento 3. Apertura de buzón de sugerencias y lectura de PQR

En tal sentido, se procedió a la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, una vez se realiza la apertura tanto física y virtual NO **SE ENCUENTRA NINGUNA PETICIÓN POR RESPONDER**.

Finalmente se establece la próxima fecha para la apertura del Buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la Modalidad ,para la fecha (25-03-2025) de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Implementación del Modelo de Atención, dirigido a los niños, niñas y los adolescentes en las Modalidades de Restablecimiento de Derechos esta apertura se realizara una vez cada quince días de manera presencial en las Instalaciones del Operador; se procede al cierre del buzón de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones de la modalidad de forma presencial.

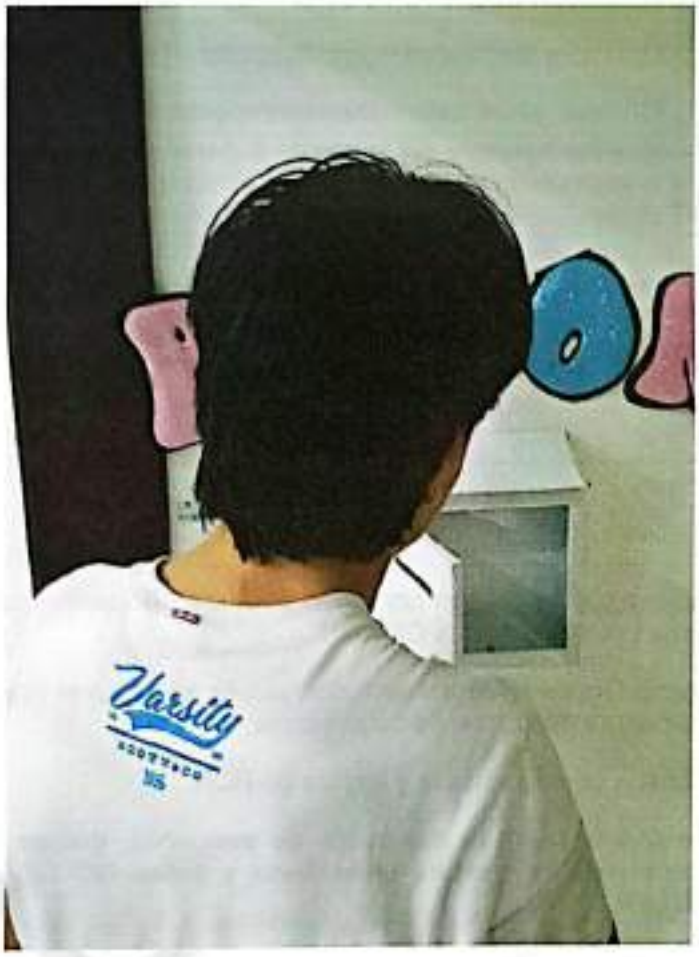
Continuar en la promoción del mecanismo de participación denominado Buzón de sugerencias

Continuar informando a las madres sustitutas, niños, niñas , adolescentes , familia biológica o red extensa que la Fundación Social Yo te cuido cuenta con un buzón en la sede; donde también pueden acceder los usuarios de la Modalidad:




Powered by CamScanner

**Evidencia fotográfica**




| Compromisos / tareas | Responsables | Fechas |
|---|---|---|
| Al cierre se genera como compromiso; continuar implementando y promoviendo entre los usuarios de las modalidades hogar sustituto sus familias y redes de apoyo, la participación del buzón de sugerencias. A través de promoción del mismo en el grupo de madres sustitutos, en el contacto con la | Profesionales Fundación Social Yo te cuido . | Permanente |




Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| familia biológica y en los diferentes encuentros llevados a cabo por el equipo interdisciplinar de la fundación. | | |

| FIRMA ASISTENTES | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| LAURA XIMENA LOSADA | Gestora de caso | Fundación Social Yo te cuido | |
| DAIRON LEONARDO ROSAS | Usuario | Fundación Social Yo te cuido | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | 25-03-2025 | Por establecer | Fundación social yo te cuido sede La Plata |

PÚBLICO



Powered by CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3 | |
|---|---|
| **Hora:** 03:00 p. m | **Fecha:** 14 de marzo de 2025 |
| **Lugar:** | Fundación Social Yo Te cuido – Sede Pitalito |
| **Dependencia que Convoca:** | Operador Modalidad Hogar Sustituto – Equipo Interdisciplinario |
| **Proceso:** | Misional -protección – restablecimiento de derechos |
| **Objetivo:** | Realizar apertura del buzón de sugerencias con el fin de dar cumplimiento a lo estimulado en el lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos amenazados y/o vulnerados |

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida.
- Socialización del objetivo de la actividad
- Lectura de PQR
- Cierre y Compromisos

**Desarrollo:**

Momento 1 : se da inicio a la programación dando salud de bienvenida en compañía de la auxiliar administrativa Mónica cruz samboni

Momento 2: Socialización del objetivo y metodología del mismo por medio del encuentro programado se brinda información y metodología del proceso denominado apertura de Buzón de sugerencias dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en el manual operativo de la modalidad

Momento 3 aperturas de Buzón de sugerencias y lectura de PQR

Dando cumplimiento a lo establecido se procede a la apertura del buzón de peticiones que reclamos sugerencias y o felicitaciones una vez abierto se evidencia de qué **no se encuentra ningún tipo de petición por responder hasta la fecha**

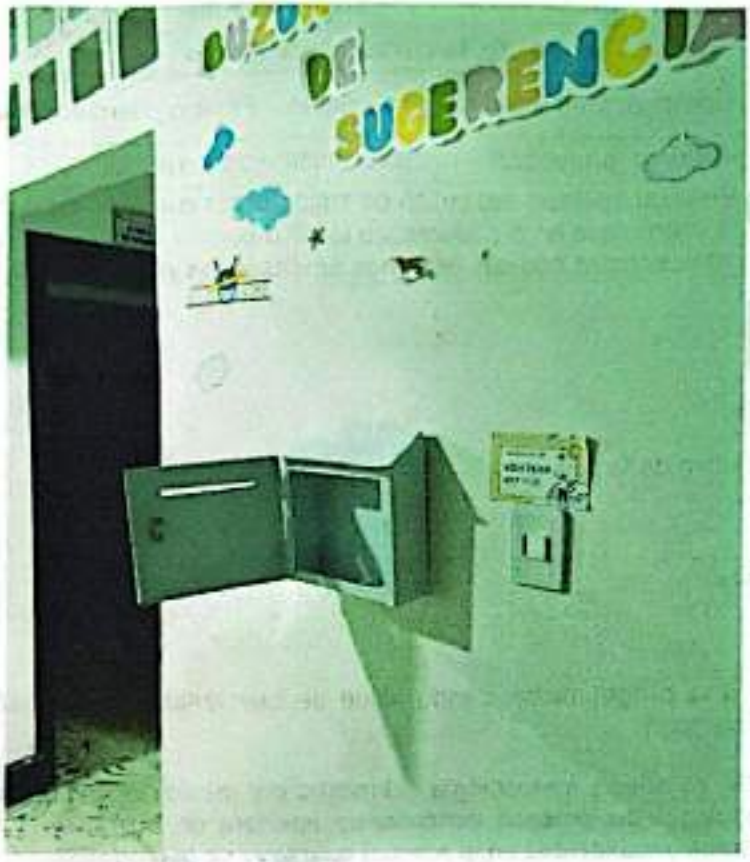
Finalmente se establece fecha para la próxima apertura del buzón de peticiones quejas reclamos sugerencias y o felicitaciones de la modalidad para el próximo 28 de Marzo de 2025 de acuerdo a lo establecido en el manual técnico para el implementación de la modalidad en atención dirigido a los niños niñas y adolescentes que se encuentran en proceso de restablecimiento de derechos dicha apertura se realiza una vez cada 15 días de manera presencial en las instalaciones del operador finalmente se procede al cierre del mismo

Se brinda promoción del mismo como mecanismo de participación siendo el Buzón de sugerencias herramientas que permite dar a conocer opiniones sugerencias reclamos felicitaciones frente al manejo que se está dando el operador a la modalidad




Scanned with CamScanner

**Evidencia fotográfica:**




| Compromisos / tareas | Responsables | Fechas |
|---|---|---|
| Al cierre se genera como compromiso; continuar implementando y promoviendo entre los usuarios de las modalidades hogar sustituto sus familias y redes de apoyo, la participación del buzón de sugerencias. A través de promoción del mismo en el grupo de madres sustitutos, en el contacto con la familia biológica y en los diferentes encuentros llevados a cabo por el equipo interdisciplinario de la fundación. | Gestor de caso Fundación social yo te cuido | Permanente |




Scanned with CamScanner

| FIRMA ASISTENTES | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| Nicolas Castaño | Gestor de Caso | Fundación Social Yo te cuido | |
| Mónica cruz samboni | Auxiliar administrativo | Fundación Social Yo te cuido | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | 28-03-2025 | Por establecer | Fundación social yo te cuido sede La Plata |


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

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

Scanned with CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°4 | |
|---|---|
| Hora: 02:00 p. m | Fecha: 28 de marzo de 2025 |
| Lugar: | Fundación Social Yo Te cuido – Sede Pitalito |
| Dependencia que Convoca: | Operador Modalidad Hogar Sustituto – Equipo Interdisciplinario |
| Proceso: | Misional -protección – restablecimiento de derechos |
| Objetivo: | Realizar apertura del buzón de sugerencias con el fin de dar cumplimiento a lo estimulado en el lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos amenazados y/o vulnerados |

**Agenda:**

- Saludo de bienvenida.
- Socialización del objetivo de la actividad
- Lectura de PQR
- Cierre y Compromisos

**Desarrollo:**

Momento 1: se da inicio a la programación dando salud de bienvenida en compañía de la madre sustituta yenni Andrea rojas ramos

Momento 2: Socialización del objetivo y metodología del mismo por medio del encuentro programado se brinda información y metodología del proceso denominado apertura de Buzón de sugerencias dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en el manual operativo de la modalidad

Momento 3 aperturas de Buzón de sugerencias y lectura de PQR

Dando cumplimiento a lo establecido se procede a la apertura del buzón de peticiones que reclamos sugerencias y o felicitaciones una vez abierto se evidencia de qué **no se encuentra ningún tipo de petición por responder hasta la fecha**

Finalmente se establece fecha para la próxima apertura del buzón de peticiones quejas reclamos sugerencias y o felicitaciones de la modalidad para el próximo **14 de abrilde 2025** de acuerdo a lo establecido en el manual técnico para el implementación de la modalidad en atención dirigido a los niños niñas y adolescentes que se encuentran en proceso de restablecimiento de derechos dicha apertura se realiza una vez cada 15 días de manera presencial en las instalaciones del operador finalmente se procede al cierre del mismo

Se brinda promoción del mismo como mecanismo de participación siendo el Buzón de sugerencias herramientas que permite dar a conocer opiniones sugerencias reclamos felicitaciones frente al manejo que se está dando el operador a la modalidad




Scanned with CamScanner

**Evidencia fotográfica:**



| Compromisos / tareas | Responsables | Fechas |
|---|---|---|
| Al cierre se genera como compromiso; continuar implementando y promoviendo entre los usuarios de las modalidades hogar sustituto sus familias y redes de apoyo, la participación del buzón de sugerencias. A través de promoción del mismo en el grupo de madres sustitutos, en el contacto con la familia biológica y en los diferentes encuentros llevados a cabo por el equipo interdisciplinario de la fundación. | Gestor de caso Fundación social yo te cuido | Permanente |

| FIRMA ASISTENTES | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |




Scanned with CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nicolas Castaño | Gestor de Caso | Fundación Social Yo te cuido | Nicolas Castaño |
| Yenni Andrea rojas | Madre sustituta | Fundación Social Yo te cuido | Yeni A. Rojas |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | 14-04-2025 | Por establecer | Fundación social yo te cuido sede pitalito |

PUBLICA



Scanned with CamScanner

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
**NIT: 901496702-9**
**Calle 11 N 3 -80**
**Cel. 3123934188**

# OBLIGACIÓN #2

FUNDACIÓN SOCIAL

## EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES

# Y

# PROGRAMA DE SEGURIDA Y SALUD EN EL TRABAJO

YO TE CUIDO

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tarea | Rutinario (Si o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia | Nivel de exposición | Nivel de probabilidad (producto de NDxNE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo (Producto NPxNC) | Interpretación del nivel de riesgo IRA | Aceptabilidad del riesgo | No. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles de Ingeniería (CI) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (D) | Elementos de Protección Personal (EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | VIRUS ,presentes en el ambiente de trabajo y al estar en contacto con la población educativa | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas ,<br>cronicas<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no lavarlo. | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Postura prolongada mantenida / movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECANICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática.<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caidas Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteo musculares incapacitantes | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento/ remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las caracteristicas ergonomicas | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Designar lider de pausas activas y capacitar en ratinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realizacion de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Iluminación por deficiencia,( uso constante de luminarias) | FÍSICO | FISICO<br><br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias | (CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Radiaciones ionizantes ( uso de video terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Cáncer<br>• leucemia. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | Aceptable | 1 | •Cáncer<br>• leucemia. | SI | | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a los equipos de computo | (CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación ionizante en el cuerpo | | |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás poblacion de la fundación | SI | Temperaturas extremas por calor ( discomfor termico por la ola de calor que se presenta) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calo) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Orden y aseo, falta organización de los documentos en los puestos de trabajo | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Politraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caidas mismo nivel, lesiones osteomusculares | SI | | | (CI) Implementar mobiliarios para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos sobre y bajo el escritorio, hacer arreglos locativos para eliminar las humedades presentes en techos y paredes | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento; prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en indentificacion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos; laceracion, punzadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | B AJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos; uso adecuado de herramientas manuales de oficina; identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Eléctrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELÉCTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco electrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 25 | 200 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga electrica | SI | | | (CI) Canalizar o argollar cables de red y/o electricos<br>(CI) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | (s) señalizacion de riesgo eléctrico | |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Condiciones de la tarea; carga mental, contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitar/acer prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica. | SI | Por que tiene que atender a los padres y visitantes e ir a realizar visitas a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | B AJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica. | SI | Al realizar el traslado a realizar visitas a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD accidentes de transito | ACCIDENTES DE TRANSITO<br>•Traumas de tejidos blandos,<br>• fracturas,<br>•trauma craneoencefalico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en prevención de accidentes de transito | | |
| 12 | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Daño a las estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras Muerte de los empleados | SI | | | Hacer arreglos locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | (S) señalización rutas de evacuación, salidas de emergencia y punto de encuentro | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tarea | Rutinario (S) o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia | Nivel de exposición | Nivel de probabilidad (producto de NP x NE) | Interpretación nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo (Producto de NP x NC) | Interpretación del nivel de riesgo (I-IV) | Aceptabilidad del riesgo | No. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No) | Eliminación (-E) | Sustitución (-S) | Controles de Ingeniería (CI) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (S) | Elementos de Protección Personal (EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | VIRUS presentes en el ambiente de trabajo y al estar en contacto con la población educativa | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas ,<br>cronicas<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no lavarlo. | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Postura prolongada mantenida / movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECANICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática.<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caidas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteo musculares incapacitantes | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento/ remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las caracteristicas ergonomicas | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Designar lider de pausas activas y capacitar en ratinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realizacion de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Iluminación por deficiencia,( uso constante de luminarias) | FÍSICO | FISICO<br><br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>•cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias | (CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Radiaciones ionizantes ( uso de video terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Cáncer<br>• leucemia. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | Aceptable | 1 | •Cáncer<br>• leucemia. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a los equipos de computo | (CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación ionizante en el cuerpo | | |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás poblacion de la fundación | SI | Temperaturas extremas por calor ( disconfor termico por la ola de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Stres termico por calor.<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calo) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Orden y aseo, falta organización de los documentos en los puestos de trabajo | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Poltraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caidas mismo nivel, lesiones osteomusculares | SI | | | (CI) Implementar mobiliarios para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos sobre y bajo el escritorio, hacer arreglos locativos para eliminar las humedades presentes en techos y paredes | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento; prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en indentificacion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos; laceracion, punzadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | B AJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos; uso adecuado de herramientas manuales de oficina; identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Elécrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELÉCTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco eléctrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 25 | 200 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga electrica | SI | | | (CI) Canalizar o argollar cables de red y/o electricos<br>(CI) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | (s) señalización de riesgo eléctrico | |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Condiciones de la tarea; carga mental, contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica. | | Por que tiene que atender a los padres y asistentes a ir a realizar visitas a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | B AJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica. | SI | Al realizar el traslado a realizar visitas a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD accidentes de transito | ACCIDENTES DE TRANSITO<br>•Traumas de tejidos blandos,<br>• fracturas,<br>•trauma craneoencefalico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en prevención de accidentes de transito | | |
| 12 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADORA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Daño a las estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los empleados | SI | | | Hacer arreglos locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | (S) señalización rutas de evacuación, salidas de emergencia y punto de encuentro | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/092019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tarea | Rutinario (SI o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia | Nivel de exposición | Nivel de probabilidad (producto de NDxNE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo (Valor numérico de NPxNC) | Interpretación del nivel de riesgo IM | Aceptabilidad del riesgo | No. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Especifico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles de Ingeniería (CI) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (S) | Elementos de Protección Personal (EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | VIRUS<br>presentes en el ambiente de trabajo y al estar en contacto con la población ninos, niñas, jovenes. | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas ,<br>cronicas<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | ND | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas<br>muerte | SI | | | | (CA) Capacitacion en riesgo biologico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no lavarlo. | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Iluminación por deficiencia( uso constante de luminarias) | FÍSICO | FÍSICO<br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | ND | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias | (CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Radiaciones ionizantes ( uso de sobre terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Cáncer<br>• leucemia. | ND | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Cáncer<br>• leucemia. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a los equipos de computo | (CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación ionizante en el cuerpo | | |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Temperaturas extremas por calor ( descontar termico por la ola de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Sinas termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | ND | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Sinas termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Postura prolongada mantenida | BIOMECÁNICO | BIOMECANICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física. Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática.<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caídas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | ND | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteo musculares incapacitantes | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento/ remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las caracteristicas ergonomicas | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Designar lider de pausas activas y capacitar en sobras<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECANICO<br>• Molestias articulares<br>• Desgarros, espasmos musculares<br>• Lusiociones, Lalteraciones posturales<br>• Molestias, dolor articular<br>• Inflamación, Inflamación articular<br>• Tendinitis<br>• Manguito rotador | ND | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteomusculares incapacitantes | SI | | | | (CA) Capacitacion en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Realizar pausas activas y capacitar en rutinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Ruido intermitente ( debido al ruido que generan los niños y niñas en las actividades programadas) | FÍSICO | FÍSICO<br>• Cefalgea,<br>• hipoacusia neurosensorial,<br>• stress | ND | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Cefalgea,<br>• hipoacusia neurosensorial,<br>• stress | SI | | | | (CA) Capacitacion que es la hipoacusia neurosensorial | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Eléctrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELÉCTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco eléctrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 25 | 200 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga electrica | SI | | | (CI) Canalizar o argollar cables de red y/o electricos<br>(CI) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos<br>(CA) Capacitación sobre como identificar y reportar actos y condiciones inseguras | | |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Condiciones de la tarea; (carga mental, contenidos de la tarea, demandas emocionales, sistema de control, ). | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Fatiga de las cuerdas bucales<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos. | ND | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés<br>(CA) Capacitación en cuidado de la voz | | |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Condiciones de la tarea; carga mental, contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos. | ND | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>• Daño a las estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | ND | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los empleados | SI | | | Hacer arreglos locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias, procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | | |
| 12 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Orden y aseo, falta organización de los documentos en los puestos de trabajo. | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Politraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caidas mismo nivel;<br>lesiones osteomusculares | SI | | | (CI) Implementar mobiliarios para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos sobre y bajo el escritorio; hacer arreglos locativos para eliminar las humedades presentes en techos y paredes | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento; prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en indentificacion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| 13 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | | Por que tiene que atender a los padres y visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumático,<br>• muerte | ND | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 14 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos; laceracion, punzadas, accidentes laborales | ND | NO | NO | 2 | 2 | 4 | B.A.J.O | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de oficina; identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina. | | |
| 15 | REPRESENTANTE LEGAL | PEDAGOGO | Actividades propias de la labor | Atención y vigilancia a niños, niñas y adolescentes | SI | Al realizar desplanamiento a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD accidentes de transito | ACCIDENTES DE TRANSITO<br>•Traumas de tejidos blandos,<br>• fracturas,<br>•trauma craneoencefalico,<br>• muerte | ND | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en prevención de accidentes de transito | | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tareas | Rutinario (S o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia | Nivel de exposición | Nivel de probabilidad (ND*NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo (NR) e Intervención | Interpretación del nivel de riesgo NR | Aceptabilidad del riesgo | No. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Especifico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles de Ingeniería (Ci) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (D) | Elementos de Protección Personal (EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | SI | VIRUS presentes en el ambiente de trabajo y al estar en contacto con la población | BIOLOGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas , cronicas<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas<br>muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no lavado. | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | SI | Iluminación por deficiencia ( uso constante de luminarias) | FÍSICO | FÍSICO<br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | | (CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | SI | Radiaciones ionizantes ( uso de video terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Cáncer<br>• leucemia. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Cáncer<br>• leucemia. | SI | | | | (CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación ionizante en el cuerpo | | |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | SI | Temperaturas extremas por calor ( discomfor termico por la ola de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Strea termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | Aceptable | 1 | •Strea termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calo) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | SI | Postura prolongada mantenida / movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECANICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática.<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caidas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteo musculares<br>incapacitantes | SI | | | | (CI) Hacer mantenimiento/ remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las caracteristicas ergonomicas<br>(CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Designar líder de pausas activas y capacitar en rutinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realizacion de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | SI | Orden y aseo, falta organizacion de los documentos en los puestos de trabajo | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Poltraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caidas mismo nivel;<br>lesiones<br>osteomusculares | SI | | | | (CI) Implementar mobiliarios para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos, sobre y bajo el escritorio, hacer arreglos locativos, humedades y filtraciones en techos y paredes<br>(CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento; prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en indentificacion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos: lacaracion, punzadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Lacaracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de oficina; identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | SI | Electrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELÉCTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco electrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 25 | 200 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga electrica | SI | | | (CI) Canalizar o anglar cables de red y/o electricos<br>(CI) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | (s) señalización de riesgo electrico | |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | SI | Condiciones de la tareas, carga mental, contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos muculo esqueléticos. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades<br>cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | | Por que tiene que atender a los padres y visitantes e ir a realizar visitas a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo publico) | PUBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico.<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | | Al realizar el traslado a realizar visitas a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD accidentes de transito | ACCIDENTES DE TRANSITO<br>•Traumas de tejidos blandos, •fracturas,<br>•trauma craneoencefalico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en prevención de accidentes de transito | | |
| 12 | REPRESENTANTE LEGAL | PSICOLOGO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion fisica y magnetica, analizar las conductas y forma de relacionarse los niños con la demás población de la fundación | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>• Daño a las estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los<br>empleados | SI | | | Hacer arreglos locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | (S) señalización rutas de evacuación, salidas de emergencia y punto de encuentro | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tareas | Rutinario (Si o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | N.o de Fte | N.o de Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia | Nivel de exposición | Nivel de probabilidad | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo (peligro) y valoración | Interpretación del nivel de riesgo (peligro) | Aceptabilidad del riesgo | Nro. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No) | Eliminación (S) | Sustitución (S) | Controles de Ingeniería (S) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (A) | Elementos de Protección Personal ( EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | VIRUS<br>presentes en el ambiente de trabajo y al estar en contacto con la población | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas , cronicas<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas<br>muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se pueden presentar al no lavarlo. | (S) instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | Iluminación por deficiencia ( uso constante de luminarias) | FÍSICO | FÍSICO<br><br>• Fatiga visual ;<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo.<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual ;<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo.<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias<br><br>(CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | Radiaciones ionizantes ( uso de video terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br><br>•Cáncer<br>• leucemia. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Cáncer<br>• leucemia. | SI | | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a los equipos de computo<br><br>(CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación ionizante en el cuerpo | | |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | Temperaturas extremas por calor ( descontor termico por la ola de calor que se presenta) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | Aceptable | 1 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores)<br><br>(CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | Postura prolongada mantenida / movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECÁNICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteo Musculares<br>• Dolor de espalda, ciática.<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Estabilidad y caidas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | lesiones osteo musculares<br>incapacitantes | SI | | | | (CI) Hacer mantenimiento/ remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las caracteristicas ergonomicas<br><br>(CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico, Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Designar líder de pausas activas y capacitar en salinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | Orden y aseo, falta organización de los documentos en los puestos de trabajo | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Pollmusculoseos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caidas mismo nivel;<br>lesiones<br>osteomusculares | SI | | | (CI) Implementar estibadores para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos sobre y bajo el escritorio. Hacer arreglos locativos para eliminar las humedades presentes en techos y paredes | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento, prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en identificacion de peligros y riesgos, actos y condiciones inseguras | | |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos; laceracion, punzadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de oficina, identificacion de peligros y riesgos, prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | Eléctrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELECTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco electrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 25 | 200 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga electrica | SI | | (CI) Canalizar o asegurar cables de red y/o electricos<br>(CI) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificación de peligros y riesgos | (s) señalización de riesgo electrico | |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | Condiciones de la tarea; carga mental, contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental.<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | | Por que tiene que atender a los padres y visitantes e ir a realizar visitas a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• asfixia por/aplastamiento,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | Al realizar el traslado a realizar visitas a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD (Tránsito) | ACCIDENTES DE TRANSITO<br>• Traumas de tejidos blandos,<br>• fracturas,<br>• trauma craneoencefalico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | CA) Capacitación en prevención de accidentes de tránsito | | |
| 12 | REPRESENTANTE LEGAL | TRABAJADOR SOCIAL | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica, actuar de forma preventiva en la identificación de problemáticas individuales y colectivas de la población educativa | SI | Sismo | FENÓMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Daño a las estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los empleados | SI | | | Hacer arreglos locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | (S) señalización rutas de evacuación, salidas de emergencia y punto de encuentro | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tareas | Rutinario (SI o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia | Nivel de exposición | Nivel de probabilidad (NH=ND x NE) | Nivel de la probabilidad (Interpretación del nivel de probabilidad) | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo (NR=NP x NC) | Nivel de la probabilidad (Interpretación del nivel del riesgo) | Aceptabilidad del Riesgo | No. De Expuesto | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles de Ingeniería (Ci) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (Si) | Elementos de Protección Personal ( EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | VIRUS<br>,presentes en el ambiente de trabajo y al estar en contacto con la población | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas , cronicas<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas<br>muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no tenerla | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | Guantes , cofia |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | iluminación por deficiencia ( uso constante de luminarias) | FÍSICO | FÍSICO<br><br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos.<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos.<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias | (CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | Radiaciones ionizantes ( uso de aleo terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br><br>•Cáncer<br>• leucemia. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Cáncer<br>• leucemia. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico a los equipos de computo | (CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación sinstante en el cuerpo | | |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | Temperaturas extremas por calor ( descontor termico por fa ida de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | Postura prolongada mantenida | BIOMECANICO | BIOMECANICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática.<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caidas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | NO | NO | NO | 2 | 4 | 12 | ALTO | 25 | 300 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteomusculares incapacitantes | SI | | | | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Realizar pausas activas y capacitar en sutinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores | | |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | Movimiento repetitivo | BIOMECANICO | BIOMECANICO<br>• Molestias articulares<br>• Fatiga o sobrecargas musculares<br>• Luxaciones, Lateriziones punturales<br>• Molestias, dolor articular<br>• Inflamación, Inflamación articular<br>• Tendinitis<br>• Mengulo rotador | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteomusculares incapacitantes | SI | | | | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Realizar pausas activas y capacitar en sutinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores | | |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | Eléctrico<br>Caídas de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELÉCTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco eléctrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 3 | Descarga electrica | SI | | | (C) Canalizar o argollar cables de red y/o electricos<br>(C) Realizar mantenimiento preventivo periodico a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos; laceración, punzadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de oficina, identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina | | |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | | Por que tiene que atender a los padres y visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | Desplazamiento a realizar visitas a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD (Tránsito) | ACCIDENTES DE TRANSITO<br>• Traumas de tejidos blandos,<br>• fracturas,<br>• trauma craneoencefalico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en prevención de accidentes de transito | | |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | | Orden y aseo, falta organización de los documentos en los puestos de trabajo, deficiencia en el almacenamiento | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Politraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 3 | Caidas mismo nivel, lesiones osteomusculares | SI | | | (C) Implementar modulatros para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos.<br>(C) Mantener ventilacion natural, hacer amplias locativas en la eliminación de humedades en paredes y techos | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento; prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en indentificacion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| 12 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | | Por que tiene que atender a los padres y visitantes, realizar visitas en los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 13 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | Condiciones de la tarea;<br>carga mental, contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitación prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 14 | REPRESENTANTE LEGAL | GESTOR DE CASO | Actividades propias de la labor | ESPECIALISTA DE ÁREA<br>Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnetica | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>• Caida a las estructuras<br>• Caida de estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | III | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los empleados | SI | | | Hacer amagos locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias ; procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: Pública | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tareas | Rutinario (Si / No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia | Nivel de exposición | Nivel de probabilidad (producto del NP) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de Riesgo (producto del NP) | Interpretación del nivel de riesgo | Aceptabilidad del riesgo | No. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Especifico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles de Ingeniería (CI) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (D) | Elementos de Protección Personal (EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | VIRUS<br>,presentes en el ambiente de trabajo y al estar en contacto con la población educativa | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas , cronicas<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas<br>muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no lavarlo. | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | Guantes , colla |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | Iluminación por deficiencia ( uso constante de luminarias) | FÍSICO | FÍSICO<br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias | (CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | Radiaciones ionizantes ( uso de video terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Cáncer<br>• leucemia. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Cáncer<br>• leucemia. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a los equipos de computo | (CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación ionizante en el cuerpo | | |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | Temperaturas extremas por calor ( discomfor termico por la ola de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Estres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | Postura prolongada mantenida | BIOMECÁNICO | BIOMECÁNICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática.<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caídas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | NO | NO | NO | 2 | 6 | 12 | ALTO | 25 | 300 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteomusculares<br>incapacitantes | SI | | | | (CA) Capacitacion en prevencion del riesgo biomecanico, Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Realizar pausas activas y capacitar en rutinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | Movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECÁNICO<br>• Molestias articulares<br>• Dosgarros, esguinces musculares<br>• Luxaciones, Lateraciones posturales<br>• Molestias, dolor articular<br>• Inflamación, Inflamación articular<br>• Tendinitis<br>• Manguito rotador | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteomusculares<br>incapacitantes | SI | | | | (CA) Capacitacion en prevencion del riesgo biomecanico, Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Realizar pausas activas y capacitar en rutinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | Eléctrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELÉCTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco eléctrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 2 | Descarga electrica | SI | | | (CI) Canalizar o asgular cables de red y/o electricos<br>(CI) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos; laceracion, puraadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de oficina; identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina. | | |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | Orden y aseo, falta organización de los documentos en los puestos de trabajo., deficiencia en el almacenamiento | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Politraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caidas mismo nivel;<br>lesiones<br>osteomusculares | SI | | | (CI) Implementar moblilarios para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los mismos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento; prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en indentificacion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | Condiciones de la tarea; carga mental; contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades<br>cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva.<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | | Por que tiene que atender a los padres y visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• Traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 3 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 12 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Daño a las estructuras<br>• Caida de estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | | Caida de estructuras<br>Muerte de los<br>empleados | SI | | | Hacer arreglos locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias ,<br>procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/03/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: Pública | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/03/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tareas | Rutinario (SI / NO) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de probabilidad (ND) | Nivel de exposición (NE) | Nivel de probabilidad (NP=ND x NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia (NC) | Nivel de riesgo (NR=NP x NC) | Interpretación nivel de riesgo NR | Aceptabilidad del riesgo | No. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (Su) | Controles de Ingeniería (CI) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (S) | Elementos de Protección Personal (EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | AUX SERVICIOS GENERALES | Actividades propias de la labor | Realización de labores de aseo y limpieza oficinas, baños. | SI | VIRUS<br>presentes en el ambiente de trabajo por limpieza general<br>• Infecciones Virales<br>• humedas (baños)<br>manipulacion de residuos,<br>agentes infecciosos | BIOLOGICO | VIRUS<br>•Enfermedades respiratorias agudas , cronicas<br>•Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •enfermedades infecto contagiosas<br>•muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan prevenir al no tenerlo. | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | AUX SERVICIOS GENERALES | Actividades propias de la labor | Realización de labores de aseo y limpieza oficinas, baños. | SI | Líquidos (hipoclorito de sodio y productos químicos para el aseo | QUIMICO | QUIMICO<br>• Irritación de mucosas<br>• Dermatitis por contacto. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Irritación de mucosas<br>Dermatitis por contacto.<br>Reacciones alergicas | SI | | Utilización de amonios y desinfectantes para sanitización de superficies. | | (CA) Seguimiento utilización de elementos de protección personal, evaluación cuadros clínicos relacionados con dermatitis a través de EPS. | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | AUX SERVICIOS GENERALES | Actividades propias de la labor | Realización de labores de aseo y limpieza oficinas, baños. | SI | Trimperaturas extremas por calor ( disconfor termico por la dia de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor.<br>• quemaduras | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 4 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el campo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EEP) Uso de bloqueador solar |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | AUX SERVICIOS GENERALES | Actividades propias de la labor | Realización de labores de aseo y limpieza oficinas, baños. | SI | *Condiciones de la tarea,<br>carga mental, contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos. | NO | NO | NO | 6 | 3 | 18 | ALTO | 10 | 180 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitación prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | AUX SERVICIOS GENERALES | Actividades propias de la labor | Realización de labores de aseo y limpieza oficinas, baños. | SI | Postura prolongada mantenida / movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECÁNICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática<br>• Varices, hemorroides<br>• Fatiga visual ocular<br>• Inestabilidad postural. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones oseo musculares<br>incapacitantes<br>(síndrome del tunel de carpo,<br>tendinitis,epicondilitis) | SI | | | (C) Hacer mantenimiento/ remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las caracteristicas ergonomicas | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico, Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Designar tiker de pausas activas y capacitar en las mismas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | AUX SERVICIOS GENERALES | Actividades propias de la labor | Realización de labores de aseo y limpieza oficinas, baños. | SI | Electrico ( contacto con cables y conexiones electricas ) | CONDICIONES DE SEGURIDAD | *Taquicardia,<br>•Bradicardia ventricular,<br>•quemaduras,<br>•muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga electrica | SI | | | (C) Canalizar o aislar cables de red y/o electricos<br>(C) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | AUX SERVICIOS GENERALES | Actividades propias de la labor | Realización de labores de aseo y limpieza oficinas, baños. | SI | Uso de herramientas manuales | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos;<br>• laceración,<br>• punzadas,<br>•Cortes<br>•Atrapamientos<br>•Amputaciones | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Amputación | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de cocina, identificacion de peligros y riesgos; implementacion de actas y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de cocina | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | AUX SERVICIOS GENERALES | Actividades propias de la labor | Realización de labores de aseo y limpieza oficinas, baños. | SI | Caidas del mismo nivel ( al realizar la labor de trapiar, barrer) | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Poltraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caidas mismo nivel;<br>lesiones osteomusculares | SI | | | | (CA)capacitación en riesgo locativo con referncia a los posibles incidentes o accidentes que puedan a tener por actos inseguros. | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | AUX SERVICIOS GENERALES | Actividades propias de la labor | Realización de labores de aseo y limpieza oficinas, baños. | | Por el ingreso de visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | AUX SERVICIOS GENERALES | Actividades propias de la labor | Realización de labores de aseo y limpieza oficinas, baños. | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Daño a las estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los empleados | SI | | | | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | (S) Visibilizar el plano de las instalaciones con la ruta de evacuación, botiquines, extintores, camillas, punto de encuentro. | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/062019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: Pública | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tareas | Rutinario (Si o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia | Nivel de exposición | Nivel de probabilidad (producto de deficiencia y exposición) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo (producto de probabilidad y consecuencia) | Interpretación del nivel de riesgo | Aceptabilidad del riesgo | No. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Especifico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles de Ingeniería (C) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (S) | Elementos de Protección Personal (EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | VIRUS presentes en el ambiente de trabajo y al estar en contacto con la población | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas , cronicas<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas<br>muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no lavarlo. | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | EPP ( Protector respiratorio) |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | Postura prolongada mantenida / movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECÁNICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, cuello,<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caídas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteo musculares<br>incapacitantes | SI | | | (C) Hacer mantenimiento remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las caracteristicas ergonomicas | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Designar lider de pausas activas y capacitar en salras<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | Orden y aseo, falta organización de los documentos en los puestos de trabajo | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Politraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | | Caidas mismo nivel;<br>lesiones<br>osteomusculares | SI | | | (C) Implementar mobiliarios para el correcto almacenamiento de documentos, optimizando el espacio para evitar acumulacion de objetos sobre y bajo el escritorio, hacer arreglos locativos para eliminar las | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento; prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en identificacion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos; laceracion, punsadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de oficina, identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina | | |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | Eléctrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELÉCTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco eléctrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 25 | 200 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga electrica | SI | | | (C) Canalizar o asgular cables de red y/o electricos<br>(C) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | (s) señalización de riesgo electrico | |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | Condiciones de la tarea; carga mental; contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos del estado mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos muscúlo esqueléticos. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva.<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Daño a las estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 40 | 160 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los empleados | SI | | | | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | (S) señalización rutas de evacuación, salidas de emergencia y punto de encuentro | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | Iluminación por deficiencia ( uso constante de luminarias) | FÍSICO | FÍSICO<br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | | • Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias | (CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | Radiaciones ionizantes ( uso de video terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Cáncer<br>• leucemia. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | #¡REF! | 1 | •Cáncer<br>• leucemia. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico a los equipos de computo | (CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación ionizante en el cuerpo | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | Temperaturas extremas por calor ( discomfor termico por la ola de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>•calambres<br>• golpes por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | Aceptable | 1 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>•calambres<br>• golpes por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EP) Uso de bloqueador solar |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | COORDINADOR DE SST | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, tener contacto con la población trabajadora velando por la Seguridad y Salud | SI | Por el ingreso de visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: Pública | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tareas | Rutinaria (Si o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia (ND) | Nivel de exposición (NE) | Nivel de probabilidad (NP= ND*NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de riesgo (NR= NP*NC) | Interpretación del nivel de riesgo | Aceptabilidad del riesgo | No. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles Ingenieria (Ci) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (SI) | Elementos de protección personal (EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | VIRUS<br>, presentes en el ambiente de trabajo ,al estar en contacto con la población | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas ,<br>Gripes<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas<br>muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no tenerlo. | | EPP ( Protector respiratorio) |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Iluminación por deficiencia,( uso constante de luminarias. | FÍSICO | FÍSICO<br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• vista ocular,<br>• ovulo,<br>• legrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• vista ocular,<br>• ovulo,<br>• legrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | (Ci) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias | (CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Radiaciones ionizantes ( uso de video terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Cáncer.<br>• leucemia. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Cáncer.<br>• leucemia. | SI | | | (Ci) Hacer mantenimiento periodico a los equipos de computo | (CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación ionizante en el cuerpo | | |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Temperaturas extremas por calor ( disconfor termico por la ola de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | Aceptable | 1 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (Ci) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Postura prolongada mantenida / movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECANICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones osteo Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caidas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | | Lesiones osteo musculares<br>incapacitantes | SI | | | (Ci) Hacer mantenimiento/ remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las caracteristicas ergonomicas | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico. Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Designar líder de pausas activas y capacitar en salvas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Orden y aseo, falta organización de los documentos en los puestos de trabajo | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Politraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | | Caidas mismo nivel;<br>lesiones<br>osteomusculares | SI | | | (Ci) Implementar mobiliarios para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos sobre y bajo el escritorio<br>hacer amegios locativos para eliminar las humedades presentes en techos y paredes | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento, prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en identificacion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos; laceracion, punzadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 3 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de oficina; identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina. | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Eléctrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELECTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco electrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 25 | 200 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga eléctrica | SI | | | (Ci) Canalizar o asgurar cables de red y/o electricos<br>(Ci) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | (si) señalización de riesgo eléctrico | |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Condiciones de la tarea; carga mental; contenido de la tarea. | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos muculo esqueléticos. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | | Por el ingreso de visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• asaltos, severos de lujidos,<br>• estés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | CONTADOR | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Daño a las estructuras<br>•Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 40 | 160 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los empleados | SI | | | Hacer amegios locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | (S) señalización rutas de evacuación, salidas de emergencia y punto de encuentro | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: Pública | |
| CENTRO DE TRABAJO: | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | 15/02/2025 |
| EMPRESA: | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN | CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tareas | Rutinaria (Si o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia (ND) | Nivel de exposición (NE) | Nivel de probabilidad (NP= ND x NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia (NC) | Nivel del riesgo (NR= NP x NC) | Interpretación del nivel de riesgo | Aceptabilidad del riesgo | No. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles Ingenieria (Ci) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (D) | Elementos de protección personal (EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | VIRUS<br>, presentes en el ambiente de trabajo ,al estar en contacto con la población | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas ,<br>Gripes<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas<br>muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no tenerlo. | | EPP ( Protector respiratorio) |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Iluminación por deficiencia,( uso constante de luminarias. | FÍSICO | FÍSICO<br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• ardor ocular,<br>• prurito,<br>• legrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• ardor ocular,<br>• prurito,<br>• legrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias | (CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Radiaciones ionisantes ( uso de video terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Cáncer.<br>• leucemia. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Cáncer.<br>• leucemia. | SI | | | | (C) Hacer mantenimiento periodico a los equipos de computo<br>(CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación ionizante en el cuerpo | | |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Temperaturas extremas por calor ( disconfor termico por la ola de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | Aceptable | 1 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Postura prolongada mantenida / movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECANICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones osteo Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caidas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | | Lesiones osteo musculares<br>incapacitantes | SI | | | (C) Hacer mantenimiento/ remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las caracteristicas ergonomicas | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico. Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Designar líder de pausas activas y capacitar en salvas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Orden y aseo, falta organización de los documentos en los puestos de trabajo | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Politraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | | Caidas mismo nivel;<br>lesiones<br>osteomusculares | SI | | | (C) Implementar mobiliarios para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos sobre y bajo el escritorio<br>hacer amegios locativos para eliminar las humedades presentes en techos y paredes | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento, prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en identificacion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos; laceracion, punzadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 3 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de oficina; identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina. | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Eléctrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELECTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco electrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 25 | 200 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga eléctrica | SI | | | (C) Canalizar o asgurar cables de red y/o electricos<br>(C) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | (a) señalización de riesgo eléctrico | |
| 9 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Condiciones de la tarea; carga mental; contenido de la tarea. | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | | Por el ingreso de visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | AUXILIAR CONTABLE | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de informacion física y magnetica, manejar e interpretar la contabilidad de la fundación | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Daño a las estructuras<br>•Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 40 | 160 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los empleados | SI | | | Hacer amegios locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | (S) señalización rutas de evacuación, salidas de emergencia y punto de encuentro | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: Pública | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tareas | Rutinario (Si o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles actividad | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de probabilidad (ND) | Nivel de exposición (NE) | Nivel de probabilidad (NP=ND*NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia (NC) | Nivel de riesgo (NR=NP*NC) | Interpretación nivel de riesgo (Nivel de riesgo) | Aceptabilidad del Riesgo | No. De Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles Ingenieria (Ci) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (D) | Elementos de Protección Personal (EPP) |
| *1* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | SI | VIRUS<br>presentes en el ambiente de trabajo y al entrar en contacto con la población | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas , cronicas<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas, covid 19 | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas<br>muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no lavarlo. | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | (EPP) Protector respiratorio) |
| *2* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | SI | Iluminación por deficiencia ( uso constante de luminarias) | FÍSICO | FÍSICO<br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias | (CA) Capacitación que es fatiga visua y efectos. | | |
| *3* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | SI | Radiaciones ionizantes ( uso de video terminales) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Cáncer<br>• leucemia. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Cáncer<br>• leucemia. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico a los equipos de trabajo | (CA) Capacitación sobre los efectos de la radiación ionizantes en el cuerpo | | |
| *4* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | SI | Temperaturas extremas por calor ( disconfor termico por la ola de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | Aceptable | 1 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| *5* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | SI | Postura prolongada mantenida / movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECÁNICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática<br>• Lesiones lumbares<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caídas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones oseo musculares mi apalancares | SI | | | (CI) Hacer mantenimiento remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las características ergonomicas | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico. Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Denigrar tiempo de pausas activas y capacitar en rutinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| *6* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | SI | Orden y aseo, falta organización de los documentos en los puestos de trabajo | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Politraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caidas mismo nivel, lesiones osteomusculares | SI | | | (CI) implementar estibadores para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos sobre y bajo el escritorio, Hacer arreglos locativos | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en tecnicas de almacenamiento, prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en indentificacion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| *7* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | SI | Uso de herramientas manuales de oficina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos: laceracion, punzadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de oficina, identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina | | |
| *8* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | SI | Eléctrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELÉCTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco eléctrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 4 | 8 | MEDIO | 25 | 200 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga electrica | SI | | | (CI) Canalizar o argollar cables de red y/o electricos<br>(CI) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | (s) señalizacion de riesgo eléctrico | |
| *9* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | SI | Condiciones de la tarea; carga mental, contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Disminución de la productividad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| *10* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Daño a las estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los empleados | SI | | | Hacer arreglos locativos en areas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | (S) señalizacion rutas de evacuación, salidas de emergencia y punto de encuentro | |
| *11* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | | Por el ingreso de visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| *12* | REPRESENTANTE LEGAL | NUTRICIONISTA | Actividades propias de la labor | Uso de videoterminales en puestos de trabajo, manejo de información física y magnética, e intervenir en el seguimiento de la alimentación que se le va a brindar a los niños | | Al realizar visitas a los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD (Tránsito) | ACCIDENTES DE TRANSITO<br>• Traumas de tejidos blandos,<br>• fracturas,<br>• trauma craneoencefalico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | CA) Capacitación en prevención de accidentes de transito | | |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACION DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/03/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información: Pública | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/03/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tareas | Rutinario (SI / NO) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia | Nivel de exposición | Nivel de probabilidad (ND*NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de consecuencia | Nivel de riesgo (ND*NE)*NC | Interpretación nivel de riesgo fisico | Aceptabilidad del riesgo | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Específico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles de Ingeniería (CI) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (S) | Elementos de Protección Personal (EPP) |
| 1 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | SI | VIRUS<br>-Estornudos en el ambiente de trabajo por limpieza general<br>-Picaduras de insectos<br>-heridas (bafios)<br>-manipulacion de residuos, agentes infecciosos | BIOLOGICO | VIRUS<br>-Enfermedades respiratorias agudas , cronicas<br>-Reacciones alergicas<br>-enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | -enfermedades infecto contagiosas<br>-muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan prevenir al no tenerlo. | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 2 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | SI | Liquidos ( pintura, thiner y demás productos necesarios para los arreglos locativos | QUIMICO | QUIMICO<br>• Irritación de mucosas<br>• Dermatitis por contacto. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Irritación de mucosas<br>Dermatitis por contacto.<br>Reacciones alergicas | SI | | | Utilización de amores y desinfectantes para sanitización de superficies. | (CA) Seguimiento utilización de elementos de protección personal, evaluación cuadros clínicos relacionados con dermatitis a través de EPS. | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 3 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | SI | Temperaturas extremas por calor ( disconfor termico por la ola de calor que se presenta) | FISICO | FISICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor.<br>• quemaduras | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 4 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EEP) Uso de bloqueador solar |
| 4 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | SI | *Condiciones de la tarea, carga mental, contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos musculo esqueléticos. | NO | NO | NO | 6 | 3 | 18 | ALTO | 10 | 180 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitación prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | SI | Postura prolongada mantenida / movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECÁNICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática<br>• Varices, hemorroides<br>• Fatiga, vulnerabilidad<br>• Inestabilidad articular, Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones oseo musculares<br>incapacitantes<br>(síndrome del tunel de carpo,<br>tendinitis,epicondilitis) | SI | | | (C) Hacer mantenimiento/ remodelacion periodico de las sillas de todos los puestos de trabajo con el fin de conservar las caracteristicas ergonomicas | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Designar tiker de pausas activas y capacitar en ellas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 6 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | SI | Electrico ( contacto con cables y conexiones electricas ) | CONDICIONES DE SEGURIDAD | *Tetanización,<br>•Refiacion ventricular,<br>•quemaduras,<br>•muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga electrica | SI | | | (C) Canalizar o aislar cables de red y/o electricos<br>(C) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificacion de peligros y riesgos | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 7 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | SI | Uso de herramientas manuales | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos;<br>• laceración,<br>• punzadas,<br>•Cortes<br>•Atrapamientos<br>•Amputaciones | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Amputación | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de cocina; identificacion de peligros y riesgos; correccion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer angulos para el almacenamiento de herramientas manuales de cocina | | |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | SI | Caidas del mismo nivel ( al realizar la labor de trapiar, barrer)<br>Caidas de diferente nivel (trabajo en alturas ) | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Poltraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caidas mismo nivel;<br>lesiones<br>osteomusculares | SI | | | | (CA)capacitación en riesgo locativo con referncia a los posibles incidentes o accidentes que puedan a tener por actos inseguros. | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 8 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | SI | Trabajo en alturas al realizar mantenimientos locativos y mantenimiento y lavado del tanque de reserva. | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Poltraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caidas mismo nivel;<br>lesiones<br>osteomusculares | SI | | | | (CA)capacitación en riesgo locativo con referncia a los posibles incidentes o accidentes que puedan a tener por actos inseguros. | | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |
| 10 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | | Por el ingreso de visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo publico) | PUBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• traumas severos de tejidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 11 | REPRESENTANTE LEGAL | MANTENIMIENTO | Actividades propias de la labor | Realización de labores como mantenimiento preventivo y correctivo de las áreas locativas | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Daño a las estructuras<br>• Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 60 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los<br>empleados | SI | | | (C) Hacer arreglos locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | (S) Visibilizar el plano de las instalaciones con la ruta de evacuación, botiquines, rotómetro, camillas, punto de encuentro. | Protector respiratorio , monogafas<br>Guantes de caucho |

| | PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>MATRIZ DE PELIGROS EVALUACION Y VALORIZACIÓN DE RIESGOS | F27.G7.ABS | 25/09/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 2 | Página 1 de 1 |
| | | Clasificación de la Información | |
| **CENTRO DE TRABAJO:** | **FUNDACIÓN SEMBRANDO FUTURO CON AFECTO** | **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** | 15/02/2025 |
| **EMPRESA:** | **FUNDACIÓN SEMBRANDO FUTURO CON AFECTO** | **RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN** | **CLAUDIA MEZA / RESPONSABLE SST** |

| No. | Proceso | Cargo | Actividad | Tarea | Rutinario (Si o No) | Peligro | | Efectos posibles | Controles existentes | | | Evaluación del Riesgo | | | | | | Valoración del Riesgo | Criterios para establecer controles | | | Medidas de intervención | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Descripción | Clasificación | | Fuente | Medio | Trabajador | Nivel de deficiencia | Nivel de exposición | Nivel de probabilidad (NP=ND x NE) | Interpretación del nivel de probabilidad | Nivel de riesgo (NR) e Intervención | Nivel de riesgo (NR) | Aceptabilidad del riesgo | Nro. Expuestos | Peor Consecuencia | Existencia Requisito Legal Especifico Asociado (Si o No) | Eliminación (E) | Sustitución (S) | Controles de Ingeniería (C) | Controles Administrativos( CA), Advertencia (A) | Señalización (S) | Elementos de Protección personal (EPP) |
| 1 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | SI | VIRUS<br>presentes en el ambiente de trabajo y al estar en contacto con la población | BIOLÓGICO | VIRUS<br>Enfermedades respiratorias agudas ,<br>cronicas<br>Reacciones alergicas<br>enfermedades infecto contagiosas | NO | SI | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | enfermedades infecto contagiosas muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo biológico<br>(CA) Capacitación sobre cuidados de manos y posibles enfermedades que se puedan presentar al no lavarlo. | (S) Instructivo de sobre lavado de manos en los baños. | EPP ( protector respiratorio) |
| 2 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | SI | Iluminación por deficiencia ( uso constante de luminarias | FÍSICO | FÍSICO<br>• Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • Fatiga visual ,<br>• cefalea,<br>• cansancio en los ojos,<br>• dolor ocular,<br>• prurito,<br>• lagrimeo,<br>• reducción de la capacidad de acomodación ocular y convergencia adecuada. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico a las luminarias | (CA) Capacitación que en fatiga visua y efectos. | | |
| 3 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | SI | Temperaturas extremas por calor ( discomfor termico por la ola de calor ) | FÍSICO | FÍSICO<br>•Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | NO | NO | SI | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | •Stres termico por calor,<br>•deshidratacion,<br>• calambres,<br>• sincope por calor,<br>• golpe por calor. | SI | | | (C) Hacer mantenimiento periodico al sistema de ventilación ( ventiladores) | (CA) Capacitación sobre los efectos del calor (golpe de calor) en el cuerpo<br>(CA) Capacitación prevención de la deshidratación | | (EPP) Uso de bloqueador solar |
| 4 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | SI | Postura prolongada mantenida | BIOMECÁNICO | BIOMECÁNICO<br>• Fatiga o sobrecarga Física, Muscular<br>• Lesiones Osteomusculares<br>• Dolor de espalda, ciática.<br>• Varices, hemorroides<br>• Trauma acumulativo<br>• Inestabilidad y caídas. Accidentes<br>• Impacto en la eficiencia y eficacia del trabajador<br>• Ausentismo | NO | NO | NO | 2 | 6 | 12 | ALTO | 25 | 300 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteomusculares incapacitantes | SI | | | | (CA) Capacitacion en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Realizar pausas activas y capacitar en rutinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 5 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | SI | Movimiento repetitivo | BIOMECÁNICO | BIOMECÁNICO<br>• Molestias articulares<br>• Desgarros, esguinces musculares<br>• Lesiones, Lateriaciones posturales<br>• Molestias, dolor articular<br>• Inflamación, Inflamación articular<br>• Tendinitis<br>• Manguito rotador | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Lesiones osteomusculares incapacitantes | SI | | | | (CA) Capacitacion en prevencion del riesgo biomecanico; Higiene postural, pausas activas<br>(CA) Realizar pausas activas y capacitar en rutinas<br>(CA) Hacer seguimiento a la realización de pausas activas por parte de los colaboradores. | | |
| 6 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | SI | Eléctrico<br>Cables de red y electricos sueltos y enredados | CONDICIONES DE SEGURIDAD | ELÉCTRICO<br>• Quemaduras de diferente grado por arco eléctrico<br>• Caidas a nivel<br>• Paro cardiorespiratorio. Muerte<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Descarga electrica | SI | | | (C) Canalizar o asgolar cables de red y/o electricos<br>(C) Realizar mantenimiento preventivo y/o correctivo a tomas y cables electricos | (CA) Capacitación en prevencion del riesgo electrico, identificación de peligros y riesgos | | |
| 7 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | SI | Uso de herramientas manuales de oficina / cocina | CONDICIONES DE SEGURIDAD Mecanico | MECANICO<br>•Lesiones en manos; laceracion, punsadas, accidentes laborales | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | Laceracion | SI | | | | (CA) Capacitar a colaboradores en prevencion de lesiones en manos, uso adecuado de herramientas manuales de oficina; identificacion de peligros y riesgos; prevencion de actos y condiciones inseguras<br>(CA) Establecer espacio para el almacenamiento de herramientas manuales de oficina | | |
| 8 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | SI | Orden y aseo, falta organización en los hogares | CONDICIONES DE SEGURIDAD | LOCATIVO<br>• Caidas mismo nivel. Politraumatismos<br>• Incidentes, lesiones leves<br>• Lesiones incapacitantes<br>• Golpes por choque contra objetos<br>• Infecciones y/o alergias por falta de orden y aseo | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 3 | Caidas mismo nivel; lesiones osteomusculares | SI | | | (C) Implementar mobiliarios para el correcto almacenamiento de documentos, aprovechamiento del espacio para evitar acumulacion de objetos sobre y bajo el escritorio; hacer arreglos locativos en la eliminación de humedades en paredes y techos | (CA) Realizar jornadas de orden y aseo con el fin de eliminar objetos sin uso y adecuado sitio para los objetos.<br>(CA) Capacitar a colaboradores en normas de almacenamiento, prevencion del riesgo locativo<br>(CA) Capacitar a colaboradores en reporte y gestion de peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras | | |
| 9 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | | Por que tiene que atender visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• Traumas severos de fijidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | BAJO | 25 | 100 | III | Aceptable | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 10 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | SI | Condiciones de la tarea; Carga mental, contenido de la tarea | PSICOSOCIAL | CONDICIONES DE LA TAREA<br>• Depresión, estrés, ansiedad y otros trastornos de la salud mental<br>• Trastornos del sueño<br>• Incremento de la accidentalidad<br>• Enfermedades cardiovasculares<br>• Dolor de espalda y otros trastornos muscúlo esqueléticos. | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Estrés laboral<br>Enfermedades cardiovasculares | SI | | | | (CA) Realizar actividades recreativas y/o deportivas como medida preventiva<br>(CA) Capacitacion prevencion del riesgo psicosocial y manejo del estrés | | |
| 11 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | | Por el ingreso de visitantes | CONDICIONES DE SEGURIDAD ( riesgo público) | PÚBLICO<br>• Heridas por arma blanca o de fuego,<br>• Traumas severos de fijidos,<br>• estrés postraumatico,<br>• muerte | NO | NO | NO | 2 | 2 | 4 | MEDIO | 25 | 150 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | • muerte | SI | | | | (CA) Capacitación en riesgo público<br>Implementar programa de riesgo público | | |
| 12 | DIRECCIÓN | NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | Actividades propias de la labor | Recibir servicios prestados por la fundación | SI | Sismo | FENOMENOS NATURALES | SISMO<br>• Caida de estructuras<br>•Dueño a las estructuras<br>•Caida de estructuras<br>•Muerte de los empleados<br>• Incendios, explosiones | NO | NO | NO | 2 | 3 | 6 | MEDIO | 40 | 360 | II | No Aceptable o Aceptable con Control | 1 | Caida de estructuras<br>Muerte de los empleados | SI | | | Hacer arreglos locativos en áreas que presenten daños | (CA) Divulgación de Plan de Emergencias , procedimientos operativos normalizados y realización de simulacros. | | |

# METODOLOGIA GTC 45

**TABLA II. DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE DEFICIENCIA**

| Nivel de deficiencia | Valor de ND | Significado |
|---|---|---|
| Muy alto (MA) | 10 | Se ha(n) detectado peligro(s) que determina(n) como posible la generación de incidentes, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes respecto al riesgo es nula no existe, o ambos. |
| Alto (A) | 6 | Se ha(n) detectado algún(os) peligro(s) que puede(n) dar lugar a consecuencias significativa(s) o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es baja, o ambos |
| Medio (M) | 2 | Se han detectado peligros que pueden dar lugar a consecuencias poco significativa(s) o de menor importancia, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es moderada, o ambos. |
| Bajo (B) | No se asigna valor | No se ha destacado anomalía destacable alguna, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es alta, o ambos. El riesgo está controlado. |

**TABLA III. DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE EXPOSICIÓN**

| Nivel de exposición | Valor de NE | Significado |
|---|---|---|
| Continua (EC) | 4 | La situación de exposición se presenta sin interrupción o varias veces con tiempo prolongado durante la jornada laboral. |
| Frecuente (EF) | 3 | La situación de exposición se presenta varias veces durante la jornada laboral por tiempos cortos. |
| Ocasional (EO) | 2 | La situación de exposición se presenta alguna vez durante la jornada laboral y por un periodo de tiempo corto. |
| Esporádica (EE) | 1 | La situación de exposición se presenta de manera eventual. |

**TABLA IV DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE PROBABILIDAD**

| Niveles de Probabilidad (NP) NP = ND x NE | | Nivel de Exposición (NE) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Nivel de Deficiencia (ND) | 10 | MA - 40 | MA - 30 | A - 20 | A - 10 |
| | 6 | MA - 24 | A - 18 | A - 12 | M - 6 |
| | 2 | M - 8 | M - 6 | B - 4 | B - 2 |

Ver interpretación en Tabla IV

**TABLA IV. DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE PROBABILIDAD**

| Nivel de Probabilidad (NP) | Valor de Exposición (NP) | Significado |
|---|---|---|
| Muy alto (MA) | Entre 40 y 24 | Situación deficiente con exposición continua. Normalmente la materialización del riesgo ocurre con frecuencia. |
| Alto (A) | Entre 20 y 10 | Situación deficiente con exposición frecuente u ocasional, o bien situación muy deficiente con exposición ocasional o esporádica. La materialización del riesgo es posible que suceda varias veces durante la vida laboral. |
| Medio (M) | Entre 8 y 6 | Situación deficiente con exposición esporádica, o bien situación mejorable con exposición continuada o frecuente. |
| Bajo (B) | Entre 4 y 2 | Situación mejorable con exposición ocasional o esporádica, o situación sin anomalía destacable con cualquier nivel de exposición. No es esperable que se materialice el riesgo, aunque puede ser concebible. |

**TABLA V. DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONSECUENCIAS**

| Nivel de consecuencias | NC | Significado |
|---|---|---|
| | | Daños personales |
| Mortal o catastrófico (M) | 100 | Muerte(s) |
| Muy grave (MG) | 60 | Lesiones o enfermedades graves irreparables (incapacidad permanente, parcial o invalidez). |
| Grave (G) | 25 | Lesiones o enfermedades con incapacidad laboral temporal (I. T.) |
| Leve (L) | 10 | Lesiones o enfermedades que no requieren incapacidad. |

**TABLA VI. DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO**

| Nivel de riesgo NR = NP X NC | | Nivel de probabilidad (NP) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 40 - 24 | 20 - 10 | 8 - 6 | 4 - 2 |
| Nivel de consecuencias (NC) | 100 | I 4000 - 2400 | I 2000 - 1000 | II 800 - 600 | II 400 - 200 |
| | 60 | I 2400 - 1440 | I 1200 - 600 | II 480 - 360 | II 240 III 120 |
| | 25 | I 1000 - 600 | II 500 - 250 | II 200 - 150 | III 100 - 50 |
| | 10 | II 400 - 240 | II 200 III 100 | III 80 - 60 | III 40 IV 20 |

**TABLA VII. SIGNIFICADO DEL NIVEL DE RIESGO**

| Nivel de riesgo | Valor del NR | Significado | Explicación |
|---|---|---|---|
| I | 4000 - 600 | NO ACEPTABLE | Situación crítica. Suspender actividades hasta que el riesgo este bajo control. Intervención Urgente. |
| II | 500 - 150 | NO ACEPTABLE O ACEPTABLE P | Corregir y adoptar medidas de control de inmediato. Sin embargo, suspende actividades si el nivel de riesgo esta por encima o igual de 360. |
| III | 120 - 40 | MEJORABLE | Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervención y su rentabilidad. |
| IV | 20 | ACEPTABLE | Mantener las medidas de control existentes, pero se deberían considerar soluciones o mejoras y se deben hacer comprobaciones periódicas para asegurar que el riesgo es aún aceptable. |

**CLASIFICACIÓN DE PELIGROS**

| Descripción | Biológico | Físico | Químico | Psicosocial | Biomecánicos | Condiciones de seguridad | Fenómenos naturales* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Virus | Ruido (de impacto, intermitente o continuo) | Polvos orgánicos inorgánicos | Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios). | Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional). | Mecánico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos). | Sismo |
| | Bacterias | Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia) | Fibras | Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor). | Esfuerzo | Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | Terremoto |
| | Hongos | Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | Líquidos (nieblas y rocíos) | Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo). | Movimiento repetitivo | Locativo (sistemas y medios de almacenamiento; superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo (caídas de objeto) | Vendaval |
| | Rickettsias | Temperaturas extremas (calor y frio) | Gases y vapores | Condiciones de la tarea (carga mental, contenidos de la tarea, demandas emocionales, sistema de control, definición de roles, monotonía, etc.). | Manipulación manual de cargas | Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio). | Inundación |
| | Parásitos | Presión atmosférica (normal y ajustada) | Humos metálicos no metálicos | Interface persona-tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización). | | Accidentes de tránsito | Derrumbe |
| | Picaduras | Radiaciones ionizantes (rayos X, gama, beta y alfa) | Material particulado | Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos) | | Público (robos, asaltos, atracos, amenazas, de orden publico, etc.). | Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas). |
| | Mordeduras | Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas) | | | | Trabajo en alturas | |
| | Fluidos o excrementos | | | | | Espacios confinados | |

* Tener en cuenta únicamente los peligros de fenómenos naturales que afectan la seguridad y bienestar de las personas en el desarrollo de una actividad. En el plan de emergencias de cada empresa, se consideran todos los fenómenos naturales que pudieran afectarla.

***La identificación de peligros y valoración de riesgos es el punto de partida ya que se constituye en el diagnóstico de las condiciones laborales de la entidad, estableciendo los puntos críticos donde existe un potencial para la ocurrencia de los accidentes de trabajo y/o la generación de enfermedades laborales. Igualmente indica aquellos situaciones que pueden generar posibles pérdidas materiales, humanas, entre otras.***

Reforzar a los niños a subir sólo un escalón



**Biomecánico:** Es el conjunto de requerimientos físicos a los que está expuesta la persona durante la jornada de trabajo determinado por posturas prolongadas o forzadas, movimientos repetitivos, esfuerzo físico al cargar los niños y niñas o manejo de cargas en general, que pueden representar riesgo en la labor diaria.

Para prevenir el dolor de espalda, le recomendamos:
Al levantar objetos o los niños:
• Agachese doblando las rodillas y mantener la espalda recta.
• Agarre firmemente el objeto.
• Acerque el objeto al cuerpo y levántelo realizando el mayor esfuerzo en las piernas.
• Mantenga el tronco recto
• Reparta el peso entre sus pies
• Busque siempre comodidad sin molestia alguna.
• Evite levantar objetos con las piernas estiradas y la espalda doblada, porque puede lesionar su espalda.
Cuando planche o lave:
• Utilice un banquito de 15 a 20centímetros de altura para apoyar alternadamente los pies, así mejora su postura y evita molestias en su espalda.


Cuando planche o lave:
• Utilice un banquito de 15 a 20centímetros de altura para apoyar alternadamente los pies, así mejora su postura y evita molestias en su espalda.


**Eléctrico:** Es el que puede tener ante la exposición a superficies calientes en las estufas u hornos en las unidades de servicios cuando realizan la preparación de alimentos, o por la electricidad derivado de la mala utilización de las tomas de energía por sobrecarga de las mismas o mala utilización de equipos con fuentes energéticas.



Para evitar daños eléctricos e incendios en su lugar de trabajo, tenga en cuenta:



- No sobrecargue los enchufes más allá de su capacidad y desconecte los electrodomésticos cuando no los estés utilizando.
- No opere los electrodomésticos con las manos mojadas o con los pies descalzos
- No use cables eléctricos deteriorados en su lugar de trabajo.
- No abra la olla a presión a la fuerza, saque el vapor primero levantando la válvula y espere hasta que este hija para abrirla.
- El vapor y el calor pueden provocar un accidente.

**Biológico:** Referente a los virus, bacterias, hongos, parásitos, fluidos o excrementos, enfermedades infectocontagiosas propias de las etapas infantiles, del medio ambiente u otros agentes representan gran riesgo para los operadores/contratistas.





**Psicosocial:** De acuerdo a la resolución 2646 de 2008, son los que comprenden aspectos intralaborales, extralaborales externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del trabajador, los cuales, en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas. Son varios los factores de riesgo psicosocial en la labor que cumple el operador/contratista dentro de los que destacamos: las tareas asociadas al cuidado de los niños y niñas, la interacción de los padres, las condiciones en las que se establece dichas relaciones, la necesidad de promover el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y motrices en los niños y niñas, así como el trato con los padres que se tengan niveles de agotamiento emocional. La alta demanda de atención por parte de los niños y niñas, sumado a las exigencias de cumplimiento representan algunos de los factores que son importantes a tener en cuenta dentro del manejo preventivo de los riesgos.

**Recomendaciones.**

- Generar actitud de apoyo y confianza tanto para los niños y niñas como para los padres, esto genera tranquilidad y manejo adecuado de emociones.
- Priorice las actividades que deben realizar en el día, así dedica el tiempo necesario tanto para lo importante, como para lo urgente. lo anterior aporta a la disminución de los niveles de fatiga asociados a la sobrecarga de trabajo.
- Identifique las acciones sobre las cuales puede decidir de las cuales no puede hacerlo, esto facilita que no se cargue emocionalmente sobre aspectos que no pueda usted resolver.
- Debe mantener adecuadamente la comunicación tanto verbal como no verbal, esta repercute en las formas de relacionamiento con otros.
- Procure disfrutar pausas de descanso durante la jornada laboral, cinco minutos en la mañana y en la tarde, disminuyen los niveles de fatiga.
- Promueva la comunicación asertivos al interior de su trabajo, esto redundará en los niños y niñas, padres y familiares con mejores estrategias de relacionamiento personal y profesional.
- Procure conservar la calma en los espacios donde se presenten situaciones de conflicto, no reaccione de la misma forma, esto permitirá que la tensión disminuya y tenga mejor oportunidad de resolver el problema.

**Físicos:** Son todos aquellos factores ambientales que dependen de las propiedades físicas de los cuerpos tales como: Ventilación, Iluminación, Ruido, Temperaturas Extremas, Presión, Radiación, Vibración que actúan sobre el colaborador y que pueden producir efectos nocivos, de acuerdo con la intensidad y tiempo de exposición.



**Recomendaciones:**

Considere un tiempo de espera para evitar los cambios bruscos de temperatura:

- Guarde reposo antes de exponerse a cambios de temperatura extrema (mucho calor o mucho frio)
- Tome líquido en abundancia si hace mucho calor o realiza actividades con alta actividad física (pegotar, encerar) etc
- Evitar heridas con las manos con objetos corto punzantes o quemaduras por el calor de preparación y cocción de los alimentos.

Iluminación:

- No produzca deslumbramiento, a causa de reflexión del foco luminoso en la superficie de trabajo o foco luminoso en la línea de visión.
- No produzca daño de la atmósfera del local, ni ofrezca peligro de incendio o ese perjudicial para la salud de los Colaboradores.

**Nota:** El número de focos, su distribución e intensidad estará en relación con la altura, superficie del local y de acuerdo al trabajo que se realice.

Ruido:

- Eliminación de las fuentes de ruido.
- Control del ruido en su origen: Aislamiento en la fuente por medio de la localización, confinación o amortiguación de las vibraciones mediante muelles metálicos o neumáticos o soportes de elastómeros;
- Medidas colectivas de control a través de la organización del trabajo y la distribución del lugar de trabajo.
- Reducción en la fuente o en la trayectoria, utilizando cercos y barreras o silenciadores en los tubos de escape, o bien reduciendo las velocidades de corte, de los ventiladores o de los impactos.



**Locativo:** Las áreas de circulación de las personas deberán permanecer libre de obstáculos de forma que sea posible utilizarlas sin dificultades en todo momento sin peligro de caídas o golpes por mala ubicación de artículos, materiales, equipos, herramientas, entre otros. Además, deberán tener la amplitud suficiente para la circulación prevista hacerlo de forma rápida y organizada. Los lugares de trabajo que no estén limpios o bien aseados se convierten en un problema de salubridad por aumentar la probabilidad de contaminación, enfermedades de la piel y otros problemas de saneamiento básico.

*En* importante mantener las condiciones higiénicas adecuadas, las características de los suelos, baños, cocina y otras áreas de acceso para los operadores/contratistas, permitirá eliminación rápida de residuos ordinarios evitando la llegada de roedores y plagas peligrosas que puedan generar riesgo para la salud y potencializar el riesgo de evento social



**Orden Público:** Se presenta cuando existe la probabilidad de daño a las personas y bienes ejercidos por terceros con intención violenta o agresiva, ejemplo de estos pueden ser los asaltos, secuestros, asonadas, entre otros.

*En caso de atraco:*

- Conserve la calma. No grite
- Observe los rasgos más destacados del asaltante para informar a las autoridades
- No toque nada en el área del atraco para no entorpecer la obtención de huellas
- Obedezca las indicaciones del asaltante de manera lenta y calmada.
- No se enfrente con el asaltante, especialmente si se encuentra armado.

*En caso de llamadas sospechosas:*



- Trate de prolongar la llamada en *mayor* tiempo posible y si tiene mecanismo de grabación activelo inmediatamente.
- Procure obtener información ¿Quién llama? ¿de dónde?, tipo de amenaza, ¿Dónde sucedió?
- Trate de captar detalles significativos: voz, ruidos, fondos, acentos, entre otros
- Tome nota de todo lo que le diga, no confíe en su memoria.
- Suministre la información solamente a las autoridades.
- Verifique toda información antes de entregar objetos de valor o dejar entrar personas extrañas al hogar.



*Si debe salir a la calle:*

- Cuando cruce la calle mire a ambos lados, concéntrese en lo que está haciendo y respete las normas de seguridad.
- Utilice los puentes peatonales.
- Respete los paraderos de los buses.
- Denuncie cualquier irregularidad a la policía o a sus vecinos, piense en el bien propio y en el de su comunidad.

*Cuando vaya de compras:*

- Emplee un carrito o morral para cargar el mercado y equilibrar el peso.
- Si carga bolsas distribuya el peso en los dos lados del cuerpo.

**Químico:** Toda sustancia orgánica e inorgánica, natural o sintética que durante su fabricación, manejo, uso, transporte, almacenamiento puede incorporarse al aire en forma de polvo, humo, gas o vapor, pueden causar efectos nocivos dependiendo de la cantidad y de las características que tengan probabilidades de lesionar la salud de las personas que entren en contacto con ellas.



*Manipulación de productos de limpieza:*

- Utilice tapabocas o mascarillas para no inhalar vapores, polvo o sustancias irritantes.
- Utilice guantes para evitar alergias.
- Lea las etiquetas, las medidas de prevención y sugerencias en caso de accidente.
- Guarde o almacene los productos de aseo en un lugar ventilado y alejado de alimentos y fuentes de calor como estufas, hornos etc.
- Evite manipular o mezclar los productos sin a la protección adecuada, sin conocer las reacciones químicas que puede generarse.
- Se recomienda usar agua con una pequeña porción de detergente para lavar inodoros, luego desinfectarlo con cloro diluido, nunca mezcle el cloro con el detergente.

Las formas elementales del peligro mecánico son principalmente:

- Aplastamiento;
- Cizallamiento;
- Corte;
- Enganche;
- Arrastramiento
- Atrapón;
- Impacto;
- Perforación
- Punzonamiento;
- Fricción o abrasión;
- Proyección de sólidos o fluidos.

**Mecánico:** Es el conjunto de factores físicos que pueden dar lugar a una lesión por la acción mecánica de elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar o materiales proyectados, sólidos o fluidos.





**Recomendaciones:**

- Se debe garantizar que las herramientas empleadas deben sean de buena calidad.
- El tamaño y el peso de la herramienta deberán ser acorde a la capacidad física de la persona que la está manipulando.

**Recomendaciones.**

- Se debe garantizar que las herramientas empleadas deben sean de buena calidad.
- El tamaño y el peso de la herramienta deberán ser acorde a la capacidad física de la persona que la está manipulando.
- Para el uso de herramienta cortopunzante, tenga en cuenta las instrucciones del fabricante, o en su defecto, las características de los equipos y sus condiciones de utilización. Tener precaución en el manejo de maquinarias que tengan piezas movibles.
- Utilizar los EPP necesarios para la manipulación de las herramientas.
- Utilice los elementos asignados para trabajo de oficina como saca ganchos, cortapapel, quitatinta.



**Natural:** Este peligro se asocia a los fenómenos naturales que se pueden presentar por lluvias, Terremoto, Vendaval, Inundación, Derrumbe, Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas), deslizamiento, entre otros, y que pueden causar daños materiales, interrupción de los procesos de trabajo que pueden causar pérdidas de vida en los colaboradores del ICBF.

- Siempre conservar la calma.
- Seguir las indicaciones "no corra, no grite y no empuje".
- No utilizar elevadores.
- No perder el tiempo buscando objetos personales.
- Alejarse de ventanas o muebles que se puedan caer.
- Identificar rutas de evacuación, salidas de emergencia y diligirse a los puntos de encuentros establecidos en el Plan de preparación y respuesta del ICBF.

- Reconozca el brigadista de su área puede ser de vital ayuda.
- Tenga a la mano números de teléfono de emergencia.
- Tenga cuidado al utilizar agua de la red porque puede estar contaminada. Consuma agua embotellada.
- Conecte la radio para recibir información o instrucciones de las autoridades.
- Mantenga una lista de los teléfonos de las entidades de emergencias (Cruz Roja, bomberos, defensa civil, policía, etc.).

**Caída en Alturas:** Este peligro es asociado a cualquier actividad o circunstancia que involucre trabajo en altura, entendiendo como tal aquello a un riesgo de caída de distinto nivel, en todo trabajo en el que exista el riesgo de caer a 1.50 m o más sobre un nivel inferior. (Resolución 1409 de 2012)

- Se debe garantizar que los Equipos de Alura empleadas cumplan con lo establecido en la normatividad y sean de buena calidad.
- Garantizar que los sistemas y equipos de protección personal cumplan con lo establecido en la resolución 1409 de 2012
- Utilizar los EPP necesarios para la ejecución de la actividad.
- La persona que realice trabajos en alturas (Actividades realizadas a más de 1.60 metros) debe tener el certificado. de capacitación para desarrollar ph ejecutar estas labores.
- Se debe garantizar un mantenimiento adecuado que los equipos de trabajo se conserven durante todo el tiempo de utilización en condiciones de seguridad.

**Transito:** Este peligro es asociado a los accidentes de tránsito debido a que son los causantes de lesiones graves y muertes, así como también pérdidas económicas, tanto laborar y contratistas , que cuenta con medios de transporte a cient pais, en el cual se desplazan, deben contemplar este peligro con el fin de prevenir algún evento de este tipo.



**Recomendaciones:**

- Sensibilización en buenas prácticas al conducir.
- Realizar los mantenimientos preventivos y correctivos que dé lugar a los vehículos.
- Verificar que se cuente con la licencia de conducción vigente.
- Asegurarse que los conductores reciban capacitaciones en el tema de conducción.
- Cumplir con las normas y recomendaciones de tránsito
- Evitar conducir bajo condiciones de salud que le genere restricciones antes de realizar maniobras de conducción.
- Informar oportunamente la ocurrencia de un accidente de tránsito.
- Acatar las medidas de prevención establecida por el ICBF.
- Respetar las señales de tránsito.

| CONTROL DEL DOCUMENTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VERSIÓN | DESCRIPCIÓN | ELABORÓ | REVISÓ | APROBÓ | FECHA DE APROBACIÓN |
| **1** | Creación del documento | Claudia Meza | | | feb-25 |

# MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)

**FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUID**

**2025**

## PRESENTACIÓN

La Seguridad y Salud en el Trabajo actualmente representa una de las herramientas de gestión más importantes para mejorar la calidad de vida laboral en las empresas y con ella su competitividad. Esto es posible siempre y cuando la empresa promueva y estimule en todo momento la creación de una cultura en seguridad y salud en el trabajo que, debe estar sincronizada con los planes de calidad, mejoramiento de los procesos y puestos de trabajo, productividad, desarrollo del talento humano y la reducción de los costos operacionales.

Es por ello que La Fundación Social Yo Te Cuido, tiene entre sus propósitos desarrollar el **Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST**, con el fin de mejorar la calidad de vida laboral, lograr una reducción de los costos generados por los accidentes y las enfermedades laborales, mejorar la calidad de los servicios y ante todo generar ambientes sanos para todos sus colaboradores indistintamente de su tipo de contrato, así como sus contratistas y proveedores.

El interés es suministrar los recursos necesarios para responder a las demandas de la población trabajadora respecto a su salud y el medio ambiente laboral, así como para dar cumplimiento al Decreto 1072 del 25 de mayo de 2015, Libro 2, Parte 2, Titulo 4, Capitulo 6 (Decreto 1443 de 2014, derogado por el Decreto 1072 de 2015)

El **Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST** está orientado a lograr una adecuada administración de riesgos que permita mantener el control permanente de los mismos en los diferentes oficios y que contribuya al bienestar físico, mental y social del trabajador y al funcionamiento de los recursos e instalaciones.

El documento que se presenta a continuación refleja el **Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST** para La Fundación Social Yo Te Cuido, basado en las características especificas de su proceso y su actividad económica.

**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

**Nombre:** FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

**Nit:** 901.496.702-9

**Dirección:** Calle 8 No.30 A 84

**Clases de riesgo Principal:** I

Administrativo y sus auxiliares, responsables del servicio, representante legal, coordinadoras, pedagogas, gestores de caso, nutricionista, psicosociales, profesionales de área, trabajadores sociales, contador, seguridad y salud en el trabajo, (I).

**Centros de trabajo**

**SEDES HUILA**

| **Ciudad** | **Dirección** |
|---|---|
| GARZÓN | Calle 7 ·2E - 03 Santa Clara |
| LA PLATA | Calle 13 # 5 E - 34 |
| PITALITO | Calle 1ª # 5 – 52 Trinidad |

**SEDE MEDELLIN – ANTIOQUIA**

| **Ciudad** | **Dirección** |
|---|---|
| Medellín | Carrera 86 A N° 34 - 36 |

- **Objetivo del proceso de prestación del servicio**:
- Brindar atención a las niñas, niños y adolescentes que tienen un proceso administrativo de restablecimiento de derechos en la modalidad hogar sustituto de acuerdo con los documentos técnicos urgentes expedidos por el ICBF.

- **INSTALACIONES LOCATIVAS.**

  Las Sedes o programas funcionan en instalaciones confortables y seguras, en general la calidad de los pisos, techos y paredes es aceptable y guarda las normas básicas de higiene, aseo y limpieza.

- **MÁQUINAS Y EQUIPOS.**

  La FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, no ejecuta procesos productivos.

- **MATERIA PRIMA E INSUMOS:**

  La FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, requiere de la utilización de productos químicos que más adelante serán indicados, para la realización de algunas labores de aseo.

  **PRINCIPALES PRODUCTOS DE DESECHO ESPECIALES Y/O PELIGROSOS:**

  La FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, como residuo especial, solo genera los toners de impresoras y luminarias que son llevados a la CAM, en las dos campañas anuales que ofrecen

- **Turnos de trabajo:**

| | |
|---|---|
| **ADMINISTRATIVO** | Lunes a viernes 7:00 am – 5:00 pm |

## POLÍTICA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, declara a través de la política de Seguridad y Salud en el Trabajo, el compromiso con la seguridad y el cuidado, establece los lineamientos de la gestión del riesgo ocupacional

La Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, está firmada por la Dirección y se encuentra ubicada en lugares visibles de la entidad como cartelera, es comunicada a todos los colaboradores en la inducción.

## ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## ROLES Y RESPONSABILIDADES

Si bien la responsabilidad para la gestión de la SST está en cabeza de la alta dirección de la organización, se han asignado y comunicado las responsabilidades dentro del SG-SST para los cargos cuya actuación tienen injerencia directa sobre la gestión de seguridad y salud y a lo largo de todos los niveles jerárquicos.

Adicionalmente se establecen responsabilidades individuales a través de diferentes planes de trabajo, procedimientos e instructivos de trabajo, que son evaluadas al realizar el seguimiento a la gestión y durante las auditorías internas programadas.

En forma semestral se realiza la evaluación del desempeño y se revisa el cumplimiento de estas responsabilidades, definiéndose los apoyos que cada persona puede requerir para su logro.

Como responsable del SG-SST ante la alta dirección se nombró a CLAUDIA MIREYA MEZA SAAVEDRA, delegada, a quien entrega la autoridad suficiente y el talento humano, y los recursos técnicos y presupuestales requeridos para lograrlo.

La rendición de cuentas está en los procesos e inicia desde los niveles de supervisión, quienes entregan el informe a sus jefes inmediatos, quienes escalan hasta que la rendición llega a la alta dirección.

En el Manual de Contratistas y en los contratos, la organización ha establecido las responsabilidades de éstos y sus trabajadores, el interventor o responsable de los trabajos por parte de la organización, es el encargado de verificar que dichas responsabilidades se cumplan.

## Anexo 3. Roles y responsabilidades

### Representante Legal

- Definir, firmar y divulgar la política de Seguridad y Salud en el Trabajo a través de documento escrito, el empleador debe suscribir la política de seguridad y salud en el trabajo de la fundación, la cual deberá proporcionar un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de seguridad y salud en el trabajo.
- Suministrar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades del SGSST.
- Asignar y comunicar responsabilidades a los trabajadores en Seguridad y Salud en el Trabajo dentro del marco de sus funciones.
- Garantizar la consulta y participación de los trabajadores en la identificación de los peligros y control de los riesgos, así como la participación a través del comité de Seguridad y Salud en el trabajo.
- Revisar el cumplimiento del plan de trabajo anual en SST y cronograma.
- Garantizar la supervisión de la seguridad y salud en el trabajo.
- Evaluar una vez al año la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Implementar los correctivos necesarios para el cumplimiento de metas y objetivos.
- Garantizar la disponibilidad de personal competente para liderar y controlar el desarrollo de la seguridad y salud en el trabajo.
- Garantizar el programa de inducción y entrenamiento para los trabajadores y contratistas que ingresen a la FUNDACIÓN**.**
- Garantizar un programa de capacitación acorde con las necesidades específicas detectadas en la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.
- Garantizar información oportuna sobre la gestión de la seguridad y salud en el trabajo y canales de comunicación que permitan recolectar información manifestada por los trabajadores.
- Realizar y ejecutar el plan de auditorías mínimo una vez al año.

**7.2 Responsabilidades del Coordinador del SG-SST**

- Planificar, organizar, dirigir, desarrollar y aplicar el SG-SST y como mínimo una vez al año realizar su evaluación.
- Informar a la alta dirección sobre el funcionamiento y los resultados del SG-SST.
- Promover la participación de todos los trabajadores y contratistas de la fundación en la implementación del SG-SST.
- Coordinar con los responsables de las áreas, la elaboración y actualización de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y hacer la priorización para focalizar la intervención.
- Validar o construir con los responsables de las áreas los planes de acción y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Proponer a la alta dirección de la FUNDACIÓN, mejoras que contribuyan al mejoramiento de los ambientes de trabajo.
- Promover la comprensión de las políticas en todos los niveles de la FUNDACIÓN.
- Gestionar los recursos para cumplir con el plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo y hacer seguimiento a los indicadores.
- Coordinar las necesidades de capacitación en materia de prevención según los riesgos prioritarios de la FUNDACIÓN.
- Apoyar la investigación de los accidentes e incidentes de trabajo.
- Llevar registro, estadísticas de los incidentes y de los accidentes de trabajo, Como también tener el correspondiente registro de las enfermedades laborales, ausentismo e índices de lesiones incapacitantes (I.L.I), frecuencia y de Severidad.
- Realizar la divulgación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la FUNDACIÓN, a todos sus trabajadores, contratistas.
- Programar inspecciones periódicas en cada una de las áreas de trabajo para realizar verificación de los correctivos y generar acciones pertinentes.
- Elaborar protocolos de seguridad para la realización de las tareas en la FUNDACIÓN.
- Elaborar el presupuesto para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con colaboración de la alta gerencia
- Participar de las reuniones del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo.
- Implementación y seguimiento del SG-SST.
- Promover buenas conductas y comportamientos para establecer estilos de trabajos saludables.
- Trabajar con base del plan de mejora continua para el constante mejoramiento del Sistema.

**7.3 Responsabilidades De Trabajadores**

Al momento de formar parte de nuestra fundación nuestros trabajadores, contratistas deben cumplir con los siguientes deberes para el buen funcionamiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

- Conocer y tener clara la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud
- Practicarse el examen médico de ingreso
- Cumplir con las normas de Higiene y Seguridad Industrial de la FUNDACIÓN.
- Participar de manera activa en las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Cumplir con el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y con el reglamento interno de la FUNDACIÓN**.**
- En caso de ser testigos de un accidente deberán ser miembros participes de la investigación de ATEL.
- Participar activamente con los controles de los puestos de trabajo.
- Participar en las capaciones de manera activa.
- Hacer propuestas para mejoras del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**7.4 Responsabilidades Comité Paritario De Seguridad Y Salud En El Trabajo (COPASST)**

- Revisar el cumplimiento de la gestión del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Realizar visitas planeadas a las instalaciones y áreas de trabajo de la FUNDACIÓN.
- Desarrollar, mejorar y preservar los adecuados métodos de trabajo.
- Proponer a la alta dirección la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan ambientes de trabajo saludables.
- El COPASST debe participar y conocer de los cambios generados en la gestión documental
- Llevar los registros y estadísticas de AL y EL.
- Velar por el buen funcionamiento del equipo del área responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Participar en la elaboración del presupuesto para el sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo junto con el área responsable y la alta dirección.
- Colaborar con las investigaciones de incidentes y accidentes laborales.
- Mantener un archivo con las actas de las reuniones que realizan.
- Analizar normas aplicables para el COPASST.
- Divulgar sus funciones en la fundación, para que tengan conocimiento de su funcionamiento.
- Servir de punto de coordinación entre la alta dirección y los trabajadores para las situaciones relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo
- Solicitar periódicamente a la fundación informes sobre accidentalidad y enfermedades laborales.
- Elegir al Secretario del Comité.

**7.5 Responsabilidades Comité de Convivencia Laboral**

- Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
- Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la FUNDACIÓN.
- Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.
- Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
- Formular planes de mejora y hacer seguimiento a los compromisos.
- Presentar a la alta dirección de la FUNDACIÓN**,** las recomendaciones para el desarrollo efectivo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral.
- Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones.

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Permite conocer algunas de las características relativas a la población trabajadora con el fin de desarrollar y orientar las actividades de promoción y prevención de la salud del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

## RECURSOS

Descripción de los recursos (humanos, técnicos y/o económicos) aprobados y asignados por la dirección y con los que cuenta la empresa para el desarrollo del SG – SST30.

## REQUISITOS LEGALES

En esta matriz podemos encontrar todos aquellos requisitos normativos y legales a nivel nacional que, deben ser cumplidos por LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, relacionados al campo de acción de La Fundación y su SG – SST.

## GESTIÓN DE LOS PELIGROS Y RIESGOS

Para dar cumplimiento a este ítem, se cuenta con Procedimiento de Identificación de Peligros y Valoración de Riesgos. Este busca la identificación de peligros generados por las actividades desarrolladas en La Fundación y realizar la valoración de riesgos, con el fin de plantear medidas de intervención para prevenir incidentes, accidentes y enfermedades laborales dando cumplimiento a la normatividad legal vigente.

## PLAN DE TRABAJO ANUAL

La Fundación, cuenta con un plan de trabajo anual, en el cual se pueden encontrar actividades que corresponden a cada uno de los programas que componen el SG-SSG de la Fundación y sus objetivos. Su cumplimiento se evidencia en las actividades programadas y ejecutadas de forma satisfactoria a lo largo del año.

## PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Se cuenta con formato de Reporte de Condiciones y Actos Inseguros, el cual está establecido en el SG-SST y es manejado desde el área de seguridad y salud en el trabajo permitiendo que se realicen los respectivos informes a la dirección sobre las condiciones que, ponen en riesgo la seguridad y la salud en los procesos, instalaciones y actividades realizadas en las sedes, con el fin de implementar los controles y acciones de mejora necesarias que reduzcan la probabilidad de futuros casos de ATEL.

## COMITÉ PARITARIO O VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Su objetivo principal es hacer seguimiento al desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo, al igual que canalizar las inquietudes de salud y seguridad de los trabajadores hacia la administración.

El Comité o vigía se elige por votación cada dos años y se reúne una vez al mes, como su nombre lo indica, es paritario porque está compuesto por igualdad de cantidad de representantes tanto del empleador como de los trabajadores. En el caso de La Fundación, se cuenta con dos representantes de cada uno.

## INTEGRACIÓN CON OTROS SISTEMAS DE GESTIÓN

El SG-SST de La Fundación no solo se limita a temas de seguridad y salud en la labor, sino que también se integra con el sistema de gestión ambiental con el fin de dar un óptimo aprovechamiento y conservación de los recursos naturales, promover las acciones de reciclaje, reutilización y reducción de desechos.

También se integra con el sistema de gestión de calidad, el cual es un conjunto de normas, procesos y procedimientos requeridos para la planificación y ejecución (producción/desarrollo/servicio) de la actividad principal de la institución (por ejemplo, áreas que pueden impactar la capacidad de la organización de satisfacer las necesidades de la población usuaria.

## CAPACITACIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La organización identificó las necesidades de formación para cada cargo, utilizando las siguientes fuentes de información:

- Política en Seguridad y Salud en el trabajo
- Responsabilidades en el SG-SST
- Requisitos de conocimientos y competencias en SST por cargo
- Riesgos inherentes
- Requisitos legales y otros
- Aspectos de salud (SVE)
- Investigación de accidentes y casi accidentes

A partir de esta identificación de necesidades, la organización establece el plan anual de formación que es construido con el COPASST y es aprobado por la alta dirección.

Este plan se revisa y actualiza cada año.

Toda capacitación realizada debe quedar con el registro de asistencia, es compromiso de la organización asegurar la inducción y re inducción para:

## CONSERVACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Los registros son una parte importante del SG-SST, su adecuada gestión es uno de los aspectos que garantiza la efectividad del sistema.

Para demostrar el cumplimiento con el SG-SST, y garantizar que la política y sus objetivos se han alcanzados, la organización estableció y mantiene un sistema para la identificación, recolección, y mantenimiento de sus registros, establecido a partir de los requisitos de la legislación colombiana en SST y según los criterios organizacionales definidos.

Dentro de los documentos y registros a conservar la organización consideran, entre otros, los siguientes:

• Información sobre la legislación en SST aplicable.
• Registros de las formaciones proporcionada a todos los empleados (incluida la inducción y la re inducción) y la información SST entregada a ellos.
• Registros de entrenamientos, simulacros y simulaciones ejecutados en desarrollo del plan para la prevención, preparación y respuesta ante emergencias
• Registros de las inspecciones realizadas.
• Resultados de mediciones y monitoreo a los ambientes de trabajo, como resultado de los programas de vigilancia y control de los peligros y riesgos en SST.
• Registros de no conformidades, incidentes, accidentes, enfermedades laborales y la investigación y análisis de estos eventos.
• Registros de los análisis de seguridad realizados a las tareas críticas no rutinarias o trabajos de alto riesgo, los permisos y procedimientos definidos.
• Registros de la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y medidas de prevención y control definidas.
• Registro de entrega de elementos de protección personal.
• Los resultados de los perfiles epidemiológicos de salud de los trabajadores y los conceptos de los exámenes de ingreso, periódicos y de retiro de los trabajadores.
• Registros relacionados con la evaluación del desempeño de la SST.
• Registros de las revisiones por la alta dirección.
• Informes de auditorías internas o externas del SG-SST.

## COMUNICACIONES

• La recepción, el direccionamiento a quien debe responder y la documentación de la respuesta a las comunicaciones de las partes externas e internas interesadas, debiéndose:

• La definición de los medios y mecanismo para dar a conocer el SG-SST a los trabajadores y contratistas, que incluyen:

- La inducción y re inducción, además de formaciones específicas en el SG-SST
- Carteleras
- Whatsapp
- Cartas de la gerencia.
- Campañas de SST.

• La estructuración de los siguientes canales para recolectar inquietudes, ideas, y aportes de los trabajadores

- Reportes de condiciones.
- Reportes a través de la intranet.

## REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD

La institución cuenta con un reglamento de Higiene y Seguridad Industrial en el cual se evidencia las responsabilidades y obligaciones de la empresa y de los colaboradores para con la seguridad y salud en el Trabajo.
Estará aprobado y firmado por el gerente y permanecerá en dos lugares visibles de la empresa.

## PLANIFICACIÓN

## IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS

Para la identificación de los peligros, evaluación y la valoración de riesgos, la organización implementó como metodología la GTC 45 y desarrolló el respectivo procedimiento, teniendo en cuenta:

- La identificación de peligros en cada proceso, actividad, maquinaria, equipo y sede| o centro de trabajo.
- La identificación de los controles existentes y su evaluación en cuanto a suficiencia y calidad.
- La determinación de la probabilidad de sufrir una pérdida al momento de exponerse al riesgo.
- La determinación de la consecuencia potencial de exponerse a cada uno de los peligros.
- La valoración del riesgo.
- La determinación de la aceptabilidad del riesgo.

El procedimiento para la identificación de peligros, evaluación y valoración del riesgo indica que debe:

- Ser realizado con la participación de los trabajadores de cada proceso.
- Estar documentado.
- Ser actualizado en revisión anual, por el ingreso de nuevos riesgos como resultado de cambios en procesos, equipos, adquisiciones o posterior a investigación de accidentes graves, fatales o por la ocurrencia de eventos catastróficos.
- Estar soportado en herramientas de análisis de seguridad más profundos, cuando la complejidad del riesgo o su criticidad lo requieran o cuando sea necesario según lo establecido por la legislación colombiana.
- Incluir a los trabajadores que se dedican en forma permanente a las actividades de alto riesgo.
- Ser comunicado a los representantes de los trabajadores.

## ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO

De acuerdo al diagnóstico de peligros y riesgos se identificaron las siguientes tareas de alto riesgo, para las cuales se establecerán los procedimientos requeridos.

| Tarea de alto riesgo identificada | Fuente |
|---|---|
| Trabajo en Altura (esporádico) | Mantenimiento |
| | |

**EVALUACIÓN INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Como primer paso para el diseño de su SG-SST la organización realizó su evaluación inicial del sistema con personal idóneo y usando la herramienta diseñada por ARL POSITIVA, para tal efecto; dicha evaluación se encuentra documentada de conformidad con la normatividad vigente y sirvió como base para actualizar el plan de trabajo anual

**OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**Objetivo general**

1. Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

2. Cumplir con la normatividad nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales.

3. Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles.

**Objetivos específicos**

- Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes y enfermedades laborales factibles de intervención, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
- Definir la estructura y responsabilidades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST.
- Implementar un plan de prevención, respuesta y recuperación ante emergencias.
- Cumplir las leyes y reglamentos vigentes relacionados con el medio ambiente, la Seguridad y Salud en el Trabajo aplicable a la Fundación, así como las normas, estándares y procedimientos corporativos.

## INDICADORES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La organización establecerá con ayuda de ARL Positiva, la batería de indicadores que evaluarán la efectividad del SG-SST, entre los cuales se encuentran:

| Tipo de indicador | Nombre | Definición |
|---|---|---|
| Estructura | Política de SST | Divulgación de la política de SST |
| | Objetivos y metas | Objetivos y metas de seguridad divulgados |
| | Plan de trabajo anual | Áreas con Plan de Trabajo anual en SST |
| | Responsabilidades | Asignación de responsabilidades |
| | Identificación de peligros y riesgos | Método definido para la identificación de peligros |
| | Funcionamiento del COPASST | Funcionamiento del COPASST |
| | Recursos | Asignación de Recursos Humanos |
| | Plan de emergencias | Sedes con Plan de emergencia |
| | Capacitación en SST | Áreas con Plan de capacitación anual en SST |
| Proceso | Autoevaluación | Evaluación inicial del SG-SST |
| | Ejecución del plan de trabajo | Ejecución del plan de trabajo en el SGSST |
| | Intervención de peligros y riesgos | Intervención de los peligros identificados |

| Tipo de indicador | Nombre | Definición |
|---|---|---|
| | Plan de accidentalidad | Ejecución del plan de intervención de la accidentalidad |
| | Investigación de accidentes e incidentes | Porcentaje de accidentes/ incidentes investigados |
| | Simulacros | Porcentaje de simulacros realizados por sede |
| Resultado | Índice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo | Es la relación entre el número total de A.T con y sin incapacidad, registrados en un periodo y el total de las HHT durante un periodo multiplicado por K (constante igual a 240.000). El resultado se interpreta como número de AT ocurridos durante el último año por cada 100 trabajadores de tiempo completo. |
| | Índice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo con Incapacidad | Expresa el total de AT incapacitantes ocurridos durante el último año, por cada 100 trabajadores de tiempo completo. |
| | Índice de Severidad de Accidentes de Trabajo | Es la relación entre el número de días perdidos y cargados por accidentes de Trabajo, durante un periodo y el total de HHT durante un periodo y multiplicado por K |
| | Índice de Lesiones Incapacitantes por A. T | Corresponde a la relación entre los índices de frecuencia y severidad de Accidentes de Trabajo con Incapacidad. Es un índice global de comportamiento de lesiones incapacitantes que no tiene unidad, su utilidad radica en la comparación entre diferentes periodos. |
| | Tasa Accidentalidad | Relación del número de casos de accidentes de trabajo, ocurridos durante el período con el número promedio de trabajadores en el mismo período |
| | Índice de Frecuencia de Ausentismo | Incluye Enfermedad Común, enfermedad profesional, accidente de trabajo y consulta de salud. |

| Tipo de indicador | Nombre | Definición |
|---|---|---|
| | Índice de Severidad del Ausentismo | Es la relación entre los días de incapacidad por enfermedad común y el total de HHT, multiplicado por 240.000 |
| | Porcentaje de Tiempo Perdido | Muestra el porcentaje perdido en un año con relación al tiempo programado. |
| | Cobertura de la inducción | Muestra el porcentaje de personas que reciben la inducción |
| | % Cubrimiento EPP | Proporción de trabajadores que reciben los EPP |
| | % uso EPP | Muestra el porcentaje de personas que usan los EPP |

## APLICACIÓN

## EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Para esto La Fundación, implementa la Matriz de elementos de protección personal de acuerdo al riesgo y se establece formato para el registro de entrega a colaboradores.

## INSPECCIONES DE SEGURIDAD

Para esto se definió un programa semestral y los respectivos formatos que permiten registrar el proceso realizado al interior de cada sede. Estas inspecciones permiten mantener el control de las condiciones, equipos y elementos de seguridad con los que cuenta la institución y tomar acciones correctivas o preventivas, de acuerdo a los hallazgos presentados.

## VIGILANCIA A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

La Fundación en busca de la protección y conservación de la salud de todos sus colaboradores. Es por esto que se realizan procedimientos de evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas, egreso y en casos de presentarse casos de reintegro a labores después de incapacidad prolongada o periodo vacacional, así como seguimiento a los casos médicos, recomendaciones laborales y solicitudes de reasignación de labor.

Los puntos anteriores también permiten desarrollar e implementar programas de Vigilancia Epidemiológica al interior de la institución, como herramientas que permitan proteger la salud de los colaboradores y reducir la exposición a los riesgos presentes en cada uno de los procesos laborales.

Para esto se implementa el procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales de La Fundación, Programa de Medicina Preventiva y del trabajo y Programa de Estilos de Vida y Trabajo Saludable.

## PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de La Fundación, se mantiene un firme compromiso con la protección y promoción de la salud y la prevención los factores de riesgo que impactan a los colaboradores. Es por esto que se mantiene una constante revisión y gestión de los perfiles médico laborales, indagando en cuales son los factores que más impactan a la población y los índices de enfermedad, incapacidad y ausentismo por accidente laboral o enfermedad general/común.

## PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTAS ANTE EMERGENCIAS

Con la implementación de las medidas para el tratamiento del riesgo, la organización busca minimizar la probabilidad de que los peligros identificados generen emergencias en sus instalaciones; sin embargo, si los controles implementados fallan o si amenazas externas llegan a originar emergencias, la organización ha desarrollado acciones preventivas, de preparación y de respuesta que buscar mitigar las consecuencias de estas emergencias o la afectación que puedan tener en la continuidad del negocio, teniendo en cuenta:

- La identificación y evaluación de las amenazas y su potencial para generar accidentes graves o emergencias.

- La elaboración del plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.
- La documentación de los procedimientos requeridos para atender cada una de las posibles emergencias.
- La definición y consecución del talento humano y los recursos financieros, técnicos y de equipamiento necesarios establecidos en los procedimientos.
- La práctica y prueba del plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias a través de simulacros y simulaciones y la evaluación de los mismos.
- La conformación y capacitación de los equipos para la atención de emergencias, según lo establecido por la legislación colombiana.

El plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias establece los protocolos y procedimientos generales para proteger la integridad de todas las personas que laboran dentro de las instalaciones de la organización, de las partes interesadas externas que ingresan a sus instalaciones, y de los vecinos que pudieran verse comprometidos con emergencias internas. El plan detalla, además, los procedimientos operativos normalizados definidos para la atención de los diferentes escenarios de emergencia y define la realización de prácticas, simulacros y simulaciones de los mismos.

## GESTIÓN DEL CAMBIO

Para garantizar que todos los cambios que se realicen en la organización ingresen con los riesgos controlados, se estableció el procedimiento para la gestión o administración de los cambios (temporales o definitivos) que incluye (Nota: Seleccionar los que aplican a la organización de acuerdo a sus riesgos inherentes e incluir los que puedan faltar):

- Cambios en instalaciones.
- Cambios en las condiciones de trabajo, el proceso, las materias primas e insumos, maquinaria y equipos.
- Cambios en la estructura organizacional.
- Cambios en las actividades de los servicios prestados.
- Cambios en condiciones de trabajo,

El procedimiento se activa al identificarse cualquier posible cambio y finaliza al implementar las mejoras requeridas por el SG-SST (incluida la información y

formación de los empleados) que aseguren que el cambio ha sido asimilado por la organización sin generar desviaciones en su desempeño SST.

## AUDITORÍA Y REVISIÓN DE LA ALTA DIRECCIÓN

### AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO DEL SGSST

Para la realización de la auditoría interna anual, la organización define el programa consultando previamente las áreas de interés con la alta gerencia, las necesidades de las partes interesadas y el COPASST.
Los objetivos del programa de auditoría incluyen:

- Determinar el grado de conformidad del SG-SST con los criterios de auditoría
- Evaluar la capacidad del SG-SST para asegurar el cumplimiento de los requisitos legales, contractuales o de otro tipo con los que la organización se comprometa.
- Evaluar la eficacia del SG-SST para lograr los objetivos especificados

Para cada auditoría del programa, el equipo auditor define el respectivo plan, que es compartido con el área o proceso a auditar, siendo responsabilidad del líder del área auditada definir las acciones correctivas o preventivas resultado de los hallazgos de la auditoría.

La selección de los auditores se hace garantizando su formación e independencia con el proceso auditado.

Los resultados del programa de auditoría es una de las entradas utilizadas en la revisión por la alta dirección.

### REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN

La revisión por la dirección se realiza anualmente con la participación de la alta dirección o su designado, acompañados por el asignado por la empresa para el desarrollo del SG-SST.

## INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES

Para la investigación de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, la organización estableció y mantiene un procedimiento en el que se definen las responsabilidades según lo establecido en la legislación colombiana, y las metodologías usadas para la investigación y el análisis.

Las investigaciones y análisis de accidentes, incidentes y enfermedades laborales deben llevar a la revisión de identificación y valoración de riesgos y, a partir de ella, a las modificaciones y ajustes en el SG-SST que sean requeridos.

## MEJORA CONTINUA

## ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS, MEJORA CONTINUA

Para la definición de las acciones correctivas y preventivas, la organización definió las siguientes fuentes:

- Evaluación inicial.
- Auditoría de cumplimiento del SG-SST.
- Revisión por la alta dirección.
- Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales
- Inspecciones de SST.

## IDENTIFICACIÓN DE CAMBIOS

| Versión: | Descripción del Cambio: | Elaborado Por: | Aprobado Por: |
|---|---|---|---|
| 15//012025 | Emisión Inicial | Profesional SST | Representante Legal |
| | | | |

# LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA DE LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, CON NIT. 901.496.702-9

## CERTIFICA QUE

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes No.41006922024 del 30/12/2024 – 30/06/2025, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 5). "Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato". Del COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, que durante el mes en vigencia, en la modalidad de acogimiento familiar hogar sustituto vulneración y discapacidad, si cuenta con los certificados médico ocupacional en las hojas vida de cada uno de los colaboradores de las sedes de Garzón, La Plata y Pitalito.

En constancia de lo anterior, se firma el día 31 del mes de marzo del año 2025.

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
Representante legal
Cédula 36.347.141
Fundación Social Yo Te Cuido

Elaborado y revisado por SIGE,

**CLAUDIA MEZA SAAVEDRA**
C.C.55174233

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

CIUDAD Garzón FECHA 11-04-2024 ACTA Nº 01-298-001

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento Comercial [X] Establecimiento de Especialidad Pública [ ] Establecimiento de Atención Pública [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD Secretaría Salud Distal

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

*RAZÓN SOCIAL Fundación Social yo te cuido
*CÓDIGO CIIU 9004957029
NOMBRE COMERCIAL Fundación social yo te cuido
*DIRECCIÓN Cll 14 # 3-80 MATRÍCULA MERCANTIL
*DEPARTAMENTO Huila *MUNICIPIO Garzón
Barrio X Vereda Corregimiento Comuna Localidad
Sector Manzana Predio Inscrito Edificio Piso
Vía Cra Calle Santa Clara
TELÉFONOS 318 5661665 CORREO ELECTRÓNICO [illegible]
CORREO ELECTRÓNICO [illegible]
NOMBRE DEL PROPIETARIO Yuri Paola Aguirre Losada
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC [X] CE [ ] NIT [ ] *Número de documento 36547141
*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Yuri Paola Losada
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC [X] CE [ ] NIT [ ] *Número de documento 36547141
CORREO ELECTRÓNICO [illegible]
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cll 6 # 7E 40
EL REPRESENTANTE DE ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA SI [ ] NO [ ]
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA [illegible]
DEPARTAMENTO Huila MUNICIPIO Garzón
HORARIO Y DÍAS DE FUNCIONAMIENTO Bolra 29 5 Lunes a Viernes Nº DE TRABAJADORES 5
Nº DE EMPLEADOS APLICADOS SERVICIOS PROFESIONALES 5
Nº DE EMPLEADOS APLICADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 5
CÓDIGO CIIU SI [ ] NO [ ] DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD Fundación

CONCEPTO SANITARIO DE LA VISITA SANITARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | dia / mes /año | TIPO DE CONCEPTO (SEGÚN RESOLUCIÓN 1229 DE 2013 vigente) | FAVORABLE | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | % |
| Nº ACTA DE ÚLTIMA VISITA | | | FAVORABLE CON MEDIDAS SANITARIAS | | |
| | | | DESFAVORABLE | | |

MOTIVO DE LA VISITA

| | | |
|---|---|---|
| PROGRAMADA | SOLICITUD DEL INTERESADO [X] | ASESORÍA A PROPIETARIOS, TENEDORES Y/O CUIDADORES |
| NO PROGRAMADA | BROTE DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE | INCIDENTE DE PRESUNTOS PELIGROS PARA LA SALUD HUMANA |
| OTRO | Especificar: | |

MARQUE Y PUEDA MARCAR MÁS DE UNO SI EL MOTIVO DE LA VISITA SANITARIA ES CONSECUENCIA O ASOCIADO POR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| Cumplimiento (CU) | Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos establecidos en el reglamento o normativa sanitaria aplicable |
| Cumplimiento parcial (CP) | Cuando el establecimiento no cumple todos los requisitos establecidos en el reglamento o normativa sanitaria aplicable |
| No cumplimiento (NC) | Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos establecidos en el reglamento o normativa sanitaria aplicable |
| Critico (CR) | Los ítems "CR" corresponden cuando el incumplimiento del aspecto genera un riesgo inminente para la salud pública y debe aplicar [illegible] Gestión de Seguridad que implica que el establecimiento cumpla con [illegible] |
| No Aplica (NA) | Cuando el ítem a evaluar no corresponde a los servicios ofertados por el objeto de NC. Nota: ¿para no afectar cualificación de los ítems en [illegible] como Cumple (C) y no incluirlos en [illegible] |

Powered by CamScanner

## II. DOCUMENTACIÓN

| DOCUMENTOS | DOCUMENTACIÓN | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | |
| Programa de salud ocupacional (en caso de requerir notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo) | / | | |
| Concesión con gestión de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental) | / | | |
| Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental) | / | | |
| En caso de requerir de vertimiento de carácter, el empresa contratada para ejecutar el proyecto de vivienda ofrece cuenta con concepto sanitario/viabilidad expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción. | / | | |

## I. CONDICIONES LOCATIVAS COMPLEMENTARIAS Y DE SEGURIDAD

### 1. CONDICIONES LOCATIVAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CT | NC | NA | CALIFICACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | Cerramiento perimetral ubicado en terreno de facilidades, dotado de puertas de ingreso, aguas estancadas, estadero de escoria y residuos metálicos, escombros y, en general, a focos de insalubridad inaccesibles para terceros (en caso de riesgo, que ofrezcan peligro de homicidio, estudio (Art. 180, 182, 183 Ley 9 de 1979). | 5 / | 2.5 | 0 | | 5 |
| 1.2 | Las entradas principales a la edificación y a sus diferentes interiores cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985). | 4 / | 2 | 0 | | 4 |
| 1.3 | Se encuentran dentro los pisos resbalosos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y mantenimiento, exentos de peligros eléctricos, mecánicos, de caídas que ofrezcan continuidad con la parte higiénica y accesibles, elevados para facilitar el drenaje (Art 123, 124 Ley 9 de 1979). | 4 / | 2 | 0 | | 4 |
| 1.4 | Se encuentran dentro las paredes y techos resistentes de fácil limpieza, desinfección y mantenimiento a cambios ambientales (Art. 125 Ley 9 de 1979) | 4 / | 2 | 0 | | 4 |
| 1.5 | Las redes eléctricas están dentro de las normas técnicas, reglamentos, filtrantes, polvos, equipos eléctricos utilizados para iluminación en áreas específicas están herméticos, protegidos, inaccesibles, inflamables y peligrosos, de manera que no presenten riesgos de incendio y en caso de conflicto con las distancias cumplen lo establecido (Art 127 Ley 9 de 1979). | 3 / | 1.5 | 0 | | 3 |
| 1.6 | Las escaleras, rampas, escalerillas, cuentan con pasamanos y están ubicadas de manera ambientalmente. (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985) | 4 / | 2 | 0 | | 4 |
| 1.7 | La ventilación es adecuada para el uso (Art 127 Ley 9 de 1979) | 3 / | 1.5 | 0 | | 3 |
| 1.8 | La luminosidad es suficiente y adecuada de confort para el uso. (Art 155 Ley 9 de 1979) | 3 / | 1.5 | 0 | | 3 |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | | La calificación del bloque corresponde al 100 % de la sumatoria |

### 2. CONDICIONES SANITARIAS

| | ASPECTO A VERIFICAR | C | CT | NC | NA | CALIFICACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | Se abastecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con las características y elementos para el higiene personal, separados por sexo, en cantidad suficiente para el número de trabajadores y visitantes (Artículos 2 y 3 Resolución 2400 de 1979). | 10 / | | 0 | | 0 |
| 2.2 | Se abastecimiento cuenta con mecanismos de evacuación, aseo y cuenta con el programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos sanitarios e implementado (procedimientos, planillas, cronogramas y registros (Art 207 de 9 de 1979). | 8 / | 2 | 0 | | |
| 2.3 | Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran correctamente rotulados y almacenados. | 4 / | 2 | 0 | | |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | | | | | La calificación del bloque corresponde al 2.5 % de la sumatoria total |

Powered by CamScanner

| | ASPECTOS A EVALUAR | SI | NO | NA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | Cuenta plan de ejecución del trabajo de acuerdo con el procedimiento establecido (Artículo 210 Decreto 2400 de 2015) | X | | | 4 |
| 4.2 | Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y elementos en cuanto a riesgos y circulación de personas, vehículos, maquinaria, elementos de emergencia, etc. (Art 204 Ley 9 de 1979) (Art 62 Resolución 1409 de 1986) | X | | | 3 |
| 4.3 | Disponibilidad de una alarma de emergencia (Art 72 Resolución 1409 de 1986) | X | | | 2 |
| 4.4 | Las excavaciones cuentan con todo establecidos, tanga mecanismo y plataformas (Art 66 Resolución 1409 de 1986) | X | | | 3 |
| 4.5 | La instalación cuenta con sistemas ergonómicos como mecanismos sanitarios y establecimiento establecidos en general todos de funcionamiento. (Art 53 Resolución 1409 de 1986) | X | | | 5 |
| 4.6 | Cuenta botiquín de primeros auxilios (Art 121 Ley Ord 1979) | X | | | 5 |
| CALIFICACIÓN DEL EL CELO: | | | | | La calificación del Riesgo Cumplimiento es: 22 (22) de acuerdo a los ítems |

| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO | RANGO DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| 0,0 100% | FAVORABLE | 85% - 100% |
| | FAVORABLE CON RECOMENDACIONES | 50% - 84% |
| | DESFAVORABLE | < 49,9% |

| | |
|---|---|
| NUMERO TOTAL DE REGISTROS TOMADOS (SOLA) | |
| NUMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | |

**6. OBSERVACIONES**

Una parte de la actividad cumplida

Por parte de Colaboradores



VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

VIII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

IX. MEDIDA SANITARIA

Powered by CamScanner

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 7 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES. *"Entregar oportunamente, al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en la ejecución del contrato cuando así se requiera"*

## CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del año 2025, No recibió solicitudes de informes sobre cualquier aspecto y/o resultados por las supervisoras del contrato de los municipios de la Plata , Garzón y Pitalito.

Neiva – 01 de abril del 2025

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y revisado por:

Paola Andrea Marin Gonzalez
Coordinadora

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

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

**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 1 del COMPONENTE GENERAL "*Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato".*

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo 1comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del año 2025, asumió y cumplió de manera responsable todas las obligaciones correspondientes al contrato Nº 41-00210-2024, esto según las guías técnicas, manuales operativos y lineamientos dispuestos para el desarrollo de las acciones solicitadas

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

expide en Neiva el día 01 de abril del 2025

**Atentamente,**

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y revisado por:

Paola Andrea Marin Gonzalez
Coordinadora

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

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

**LA SUSCRITA REPRESENTANTELEGAL 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 2 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES.

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del año 2025, cumplió a cabalidad con el siguiente objeto del contrato "BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACIÓN Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.", teniendo como punto de partida todos los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad.

Se expide en Neiva el día 01 de abril del 2025

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA

Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y revisado por:

Paola Andrea Marin Gonzalez

Coordinadora

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 3 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES. - Obligación: 3) Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias y dar aviso inmediato al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución y proponer alternativas de solución.

## CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del año 2025, se presentó dos (2) situaciones de eventos de abandono irregular en el municipio de Garzón (M.A.S.G – J.D.H.G), la cual fue reportada a las autoridad administrativa y supervisora del contrato de los tiempos establecidos en la guía de orientaciones, junto a las debidas acciones realizadas por el operador.

Neiva – 01 de abril del 2025

Atentamente,

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y revisado por:

Paola Andrea Marin Gonzalez
Coordinadora

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

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

# ABANDONO IRREGULAR J.D.H.G

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <trabajosocialyotecuido.garzon@gmail.com> 26 de marzo de 2025, 6:16 p.m.

Para: Irma Almario <Irma.Almario@icbf.gov.co>, Karol Campos <Karol.Campos@icbf.gov.co>, Coordinador2yotecuido@gmail.com, Gestordecasoyotecuido Garzon <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <psicologiayotecuido.garzon@gmail.com>

Garzón-Huila.

Doctora:
KAROL CAMPOS
Defensoría 1 de Familia Garzón.

Cordial saludo,

Nos dirigimos a usted como autoridad administrativa del PARD del adolescente **JULIAN DAVID HUERTAS GUEJIA**, identificado con tarjeta de identidad número, *1.028.885.858* de 17 años, con el fin de allegar el informe de Abandono Irregular del mismo.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Equipo Psicosocial Fundación Social YO TE CUIDO

**2 archivos adjuntos**

**CamScanner 24-03-2025 21.12.pdf**
334K

**ABANDONO IRREGULAR J.D.H.G.pdf**
754K

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

# ENTREGA DE INFORME ENCUENTRO BIOLOGICO DEL USUARIO DANIEL JESUS PARRA

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <trabajosocialyotecuido.pitalito@gmail.com> 26 de marzo de 2025, 9:53
Para: comisaria@guadalupe-huila.gov.co

Cordial y respetuoso saludo

Dr Miguel Andres Mosquera

A continuación nos permitimos adjuntar el registro de encuentro biológico del usuario Daniel Jesus Parra quien participó el día 25 de marzo de 2025 a las 02:00 Pm, junto a su red familiar. ( Porgenitora-Leidy Jhoana Parra)

Muchas gracias por su atención y siempre diligencia

sin otro particular

Equipo Psicosocial

Fundación Social Yo Te Cuido

Pitalito-Huila

**ENCUENTROS BIOLOGICOS DANIEL JESUS PARRA MARZO.pdf**
182K

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

# ABANDONO IRREGULAR M.A.S.G

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <trabajosocialyotecuido.garzon@gmail.com> 26 de marzo de 2025, 5:56 p.m.

Para: comisariadefamilia@elpital-huila.gov.co, Coordinador2yotecuido@gmail.com, Irma Almario <Irma.Almario@icbf.gov.co>, Gestordecasoyotecuido Garzon <gestordecasoyotecuido.garzon@gmail.com>, FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO <psicologiayotecuido.garzon@gmail.com>

Garzón-Huila

Doctora,

**HERMINIA ALVARADO SERRATO**
Comisaría de Familia
Pital Huila

Cordial saludo,

Nos dirigimos a usted como autoridad administrativa del PARD de la adolescente MARIA ALEJANDRA SALAZAR GUARACA, identificada con tarjeta de identidad número, *1.082.157.977* de 13 años, con el fin de allegar informe de Abandono Irregular.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

Equipo Psicosocial
Fundación Social Yo Te Cuido.

**2 archivos adjuntos**

**REPORTE A LA POLICIA M.A.S.G.pdf**
281K

**ABANDONO IRREGULAR M.A.S.G.pdf**
734K

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 6 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES. - Obligación: 6). Atender durante la ejecución del contrato, los requerimientos, instrucciones y recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo, no recibió requerimientos , instrucciones o obligaciones por parte de ICBF.

Neiva – 01 de abril de 2025

Atentamente,

**YUDY PAHOLA AGIRRE 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**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **NEIVA** | **AGENCIA MANDATARIA - NEIVA** | **61** | **61-44-101057471** | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **28** | **12** | **2024** | **30** | **12** | **2024** | **00:00** | **30** | **06** | **2028** | **23:59** | **EMISION ORIGINAL** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| | **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA** | **NIT: 899.999.239-2** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CALLE 21 NRO 1 E-40 | NEIVA, HUILA | 8604700 |

ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO N.41006922024 QUE TIENE POR OBJETO:BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE AL CUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACION Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** | 30/12/2024 | 30/12/2025 | $301,260,495.80 |
| **CALIDAD DEL SERVICIO** | 30/12/2024 | 30/12/2025 | $301,260,495.80 |
| **PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES** | 30/12/2024 | 30/06/2028 | $301,260,495.80 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ***4,143,363.00 | $ ******20,000.00 | $ *****791,039.00 | $ *********4,954,402.00 | $ ******903,781,487.40 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| ASSURER BROKER AGENCIA DE SEGUROS L | 225450 | 100.00 | | | |

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

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

61-44-101057471

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

## RCE CONTRATOS

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| NEIVA | AGENCIA MANDATARIA - NEIVA | 61 | 61-40-101020873 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | 12 | 2024 | 30 | 12 | 2024 | 00:00 | 30 | 06 | 2025 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CALLE 21 NRO 1 E-40 | NEIVA, HUILA | 8604700 |

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE LA EJECUCION DEL CONTRATO N.41006922024 QUE TIENE POR OBJETO: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE ALCUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACION Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | DEDUCIBLE | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG ACTUAL |
|---|---|---|---|---|
| PREDIOS LABORES Y OPERACIONES | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 30/12/2024 | 30/06/2025 | $390,000,000.00 |
| CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 30/12/2024 | 30/06/2025 | $390,000,000.00 |
| VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 30/12/2024 | 30/06/2025 | $390,000,000.00 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ *****486,164.00 | $ *******3,000.00 | $ ******92,941.00 | $ **********582,105.00 | $ ******390,000,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| ASSURER BROKER AGENCIA DE SEGUROS L | 225450 | 100.00 | | | |

**LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.**

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

61-40-101020873

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

## RCE CONTRATOS

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| NEIVA | AGENCIA MANDATARIA - NEIVA | 61 | 61-40-101020873 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | 12 | 2024 | 30 | 12 | 2024 | 00:00 | 30 | 06 | 2025 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

**DIRECCIÓN:** CALLE 21 NRO 1 E-40 — **CIUDAD:** NEIVA, HUILA — **TELÉFONO:** 8604700

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA

| AMPAROS | DEDUCIBLE | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG ACTUAL |
|---|---|---|---|---|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 30/12/2024 | 30/06/2025 | $390,000,000.00 |

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

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

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

61-40-101020873

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

## RCE CONTRATOS

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| NEIVA | AGENCIA MANDATARIA - NEIVA | 61 | 61-40-101020873 | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | 12 | 2024 | 30 | 12 | 2024 | 00:00 | 30 | 06 | 2025 | 23:59 | ANEXO NO CAUSA PRIMA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CALLE 21 NRO 1 E-40 | NEIVA, HUILA | 8604700 |

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE LA EJECUCION DEL CONTRATO N.41006922024 QUE TIENE POR OBJETO: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS QUE ALCUMPLIR LA MAYORIA DE EDAD SE ENCONTRABAN EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD/SERVICIO HOGAR SUSTITUTO - VULNERACION Y DISCAPACIDAD DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | DEDUCIBLE | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG ACTUAL | SUMA ASEG ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|---|
| PREDIOS LABORES Y OPERACIONES | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 30/12/2024 | 30/06/2025 | $390,000,000.00 | |
| CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 30/12/2024 | 30/06/2025 | $390,000,000.00 | |
| VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 30/12/2024 | 30/06/2025 | $390,000,000.00 | |

### ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO ACLARAMOS QUE:

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

ASEGURADO / BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA.

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ **********0.00 | $ ******390,000,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| ASSURER BROKER AGENCIA DE SEGUROS L | 225450 | 100.00 | | | |

**LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.**
**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**
**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

61-40-101020873

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

## RCE CONTRATOS

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| NEIVA | AGENCIA MANDATARIA - NEIVA | 61 | 61-40-101020873 | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | 12 | 2024 | 30 | 12 | 2024 | 00:00 | 30 | 06 | 2025 | 23:59 | ANEXO NO CAUSA PRIMA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

**DIRECCIÓN:** CALLE 21 NRO 1 E-40 — **CIUDAD:** NEIVA, HUILA — **TELÉFONO:** 8604700

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA

| AMPAROS | DEDUCIBLE | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG ACTUAL | SUMA ASEG ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|---|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL | 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV | 30/12/2024 | 30/06/2025 | $390,000,000.00 | |

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

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

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

61-40-101020873

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

## RCE CONTRATOS

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| NEIVA | AGENCIA MANDATARIA - NEIVA | 61 | 61-40-101020873 | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | 12 | 2024 | 30 | 12 | 2024 | 00:00 | 30 | 06 | 2025 | 23:59 | ANEXO NO CAUSA PRIMA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

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

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

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

**DIRECCIÓN:** CALLE 21 NRO 1 E-40 — **CIUDAD:** NEIVA, HUILA — **TELÉFONO:** 8604700

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL HUILA

TEXTO ACLARATORIO

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

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

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

61-40-101020873

**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PARA CONTRATISTAS DE ENTIDADES ESTATALES RCE SEGURESTADO ESTATAL

## CONDICIONES GENERALES

No. _____

### CLÁUSULA PRIMERA

### 1. AMPAROS

#### 1.1 AMPARO BÁSICO: PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

SEGUROS DEL ESTADO S.A. QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO, EN VIRTUD DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE PÓLIZA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL BENEFICIARIO, HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE, SIN EXCEDER DEL SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO QUE PARA LUCRO CESANTE SE ESTABLECE EN LA CARÁTULA) QUE LE CAUSE EL ASEGURADO, CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, POR HECHOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AFIANZADO ESTIPULADO EN ESTA PÓLIZA Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, DE CARÁCTER ACCIDENTALES, SÚBITOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES AL ASEGURADO, QUE ORIGINEN LA MUERTE, LESIÓN O MENOSCABO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS Y/O EL DAÑO O LA DESTRUCCIÓN DE BIENES Y/O PERJUICIOS ECONÓMICOS, INCLUYENDO LUCRO CESANTE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE TALES HECHOS.

LA PRESENTE PÓLIZA TIENE COMO PROPÓSITO EL RESARCIMIENTO DE LA VÍCTIMA, LA CUAL, EN TAL VIRTUD, SE CONSTITUYE EN EL BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACIÓN, SIN PERJUICIO DE LAS PRESTACIONES QUE SE LE RECONOZCAN AL ASEGURADO (INCLUYENDO LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES A QUE SEA CONDENADO, MEDIANTE SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA, HASTA EL SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO QUE PARA PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES ASUMA EL ASEGURADO, ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA).

LA VÍCTIMA TIENE ACCIÓN DIRECTA CONTRA SEGURESTADO. PARA ACREDITAR SU DERECHO ANTE ELLA, LA VÍCTIMA EN EJERCICIO DE LA ACCIÓN DIRECTA PODRÁ EN UN SOLO PROCESO JUDICIAL, DEMOSTRAR TANTO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DEMANDAR LA INDEMNIZACIÓN DE SEGURESTADO, PERO ESTA ÚLTIMA PODRÁ OPONER A LA VÍCTIMA, TODAS LAS EXCEPCIONES QUE HUBIERE PODIDO ALEGAR CONTRA EL TOMADOR O EL ASEGURADO.

SEGURESTADO RECONOCERÁ, AL ASEGURADO, INCLUIDA EN LA SUMA ASEGURADA Y HASTA UN DIEZ POR CIENTO (10%) DE LA MISMA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO JUDICIAL QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA, PARA DECLARARLO CIVILMENTE RESPONSABLE, CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

1. SI LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO, PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA.
2. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO JUDICIAL CONTRA ORDEN EXPRESA DE SEGURESTADO, Y
3. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VÍCTIMA EXCEDE LA SUMA QUE DELIMITA LA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO, ÉSTA SOLO RESPONDERÁ POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS, EL AMPARO OTORGADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE LIMITA A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE:

1. LA POSESIÓN, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, EN LOS CUALES EL ASEGURADO EJECUTA LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO DESCRITO EN ESTE CONTRATO DE SEGUROS.

2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVE A CABO EL ASEGURADO EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y OBRAS OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO, INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS. ESTA COBERTURA INCLUYE TODOS LOS RIESGOS QUE FORMAN PARTE

DEL RIESGO ASEGURADO Y QUE SON INHERENTES A LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL ASEGURADO EN EL GIRO NORMAL DE LAS ACTIVIDADES OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXOS O CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN DE ELLA, TALES COMO:

A. POSESIÓN O USO DE ASCENSORES Y ESCALERAS AUTOMÁTICAS.

B. POSESIÓN O USO DE MÁQUINAS Y EQUIPOS DE TRABAJO, DE CARGUE, DESCARGUE Y DE TRANSPORTE DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.

C. OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.

D. POSESIÓN O USO DE AVISOS Y VALLAS PUBLICITARIAS EN EL TERRITORIO NACIONAL.

E. POSESIÓN O USO DE INSTALACIONES SOCIALES, CULTURALES Y DEPORTIVAS Y LOS EVENTOS QUE EL ASEGURADO, REALICE EN ELLAS.

F. REALIZACIÓN DE EVENTOS SOCIALES, CULTURALES Y DEPORTIVOS ORGANIZADOS POR EL ASEGURADO.

G. VIAJES DE FUNCIONARIOS EMPLEADOS DEL ASEGURADO DENTRO DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.-

H. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN FERIAS Y EXPOSICIONES NACIONALES.

I. VIGILANCIA DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DONDE SE DESARROLLE EL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO, EJERCIDA POR PERSONAL DE VIGILANCIA EMPLEADO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO EL USO DE ARMAS Y DE PERROS GUARDIANES, PARA TALES PROPÓSITOS.

J. POSESIÓN O USO DE DEPÓSITOS, TANQUES Y TUBERÍAS DENTRO DE LOS PREDIOS EN DONDE SE DESARROLLA EL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.

K. ACTUACIONES DE LOS DIRECTIVOS, Y EMPLEADOS DEL ASEGURADO EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES Y DENTRO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO.

L. POSESIÓN O USO DE CAFETERÍAS, CASINOS Y RESTAURANTES PARA UTILIZACIÓN DE LOS EMPLEADOS DEL ASEGURADO, QUE SE CONTRATEN PARA EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.-

M. INCENDIO Y/O EXPLOSIÓN PRODUCIDOS DENTRO DE LOS PREDIOS EN DONDE SE EJECUTA Y DESARROLLA EL CONTRATO AFIANZADO.-

1.2 AMPARO DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES AL SERVICIO DEL CONTRATISTA ASEGURADO

EL PRESENTE AMPARO OTORGA COBERTURA A LOS BENEFICIARIOS POR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE LE GENEREN LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES, Y QUE LE SEAN IMPUTABLES AL ASEGURADO, CON OCASIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LABORES REALIZADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.-

ESTE AMPARO OPERA ÚNICAMENTE EN EL EVENTO DE QUE DICHOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES NO CUENTEN CON UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ESPECÍFICA, CON IGUALES AMPAROS A LOS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA

1.3 AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO CON OCASIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EN SU CALIDAD DE EMPLEADOR POR MUERTE O LESIONES A LOS EMPLEADOS A SU SERVICIO, DURANTE LAS LABORES A ELLOS ASIGNADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO.

ESTE AMPARO OPERA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN EXCESO DE LAS PRESTACIONES A QUE TENGA DERECHO EL TRABAJADOR BAJO EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, BAJO EL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y/O DE CUALQUIER OTRO SEGURO INDIVIDUAL O COLECTIVO QUE EL ASEGURADO CONTRATE PARA SUS TRABAJADORES (YA SEA POR PACTOS O CONVENCIONES COLECTIVAS DE TRABAJO).-

1.4 AMPARO DE VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS

ESTE AMPARO OTORGA COBERTURA POR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO CON OCASIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA UTILIZACIÓN DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE TRANSPORTE TERRESTRE, REMOLQUES O SEMIREMOLQUES, DE SU PROPIEDAD O TOMADOS EN ARRENDAMIENTO, USUFRUCTO O COMODATO, PARA CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.

ESTE AMPARO OPERA EN EXCESO DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE

SE PACTE EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES QUE OBLIGATORIAMENTE TIENE QUE TENER CONTRATADA EL ASEGURADO, AMPARANDO EL(LOS) VEHÍCULO(S) OBJETO DE ESTA COBERTURA ADICIONAL.

CLÁUSULA SEGUNDA

2. EXCLUSIONES

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA NO OPERAN, CUANDO SE PRESENTEN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1 EXCLUSIONES GENERALES

2.1.1 LOS DAÑOS CAUSADOS VOLUNTARIA E INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO O CON SU COMPLICIDAD, O POR PERSONAS QUE SE ENCUENTREN VINCULADAS CON ÉL, POR UN CONTRATO DE TRABAJO O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CON LA COMPLICIDAD DE LAS MISMAS O COMO CONSECUENCIA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

2.1.2 LOS PERJUICIOS QUE SUFRA EL ASEGURADO EN SU PERSONA O EN LOS BIENES DE SU PROPIEDAD O SOBRE LOS QUE EJERZA POSESIÓN O CUSTODIA.- EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO SEA UNA PERSONA JURIDICA NO SE CUBREN TAMPOCO, LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LOS SOCIOS, DIRECTORES, REPRESENTANTES LEGALES Y EMPLEADOS DE LA MISMA, EN SUS PERSONAS O EN SUS BIENES.

2.1.3 LOS PERJUICIOS CAUSADOS AL CÓNYUGE DIVORCIADO O NO, DEL ASEGURADO, SU COMPAÑERO O COMPAÑERA PERMANENTE O A PERSONAS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD.

2.1.4 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO. LOS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES.- SUS TRABAJADORES Y/O CONTRATISTAS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O SUS APODERADOS GENERALES, CUANDO ELLOS NO SE ENCUENTREN EJERCIENDO NINGUNA ACTIVIDAD PROPIA DEL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO.-

2.1.5 LAS OPERACIONES O LOS PRODUCTOS, EN LOS QUE SE EMPLEEN MATERIALES NUCLEARES O RADIOACTIVOS, ASBESTO EN ESTADO NATURAL O POR SUS PRODUCTOS, POLVO QUE CONTENGA FIBRAS DE AMIANTO, VACUNAS Y SUSTANCIAS TALES COMO DIETILESTILBESTROL, OXIQUINOLINA, Y FORMALDEHÍDO.

2.1.6 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO, A RAÍZ DE LA INOBSERVANCIA DE DISPOSICIONES LEGALES U ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE, DE NORMAS TÉCNICAS O DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

2.1.7 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO, RESPECTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y EN GENERAL, DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DE NATURALEZA CONTRACTUAL.

2.1.8 LAS PÉRDIDAS PATRIMONIALES QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO AMPARADO POR LA PÓLIZA.

2.1.9 LOS DAÑOS OCASIONADOS POR DESLIZAMIENTOS DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALESQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA.

2.1.10 LOS PERJUICIOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR GUERRA DECLARADA O NO, ACTOS TERRORISTAS, SUBVERSIVOS O GUERRILLEROS, MOTINES, HUELGAS O CUALQUIER ACTO QUE PERTURBE LA PAZ Y EL ORDEN PÚBLICO.

2.1.11 LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO, POR SU CULPA GRAVE.- CUANDO ÉSTE SEA UNA PERSONA JURÍDICA NO SE AMPARARÁN LOS PERJUICIOS QUE CAUSEN SUS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES, TRABAJADORES Y PERSONAS VINCULADAS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APODERADOS GENERALES POR SU CULPA GRAVE.

2.1.12 LA CONTAMINACIÓN Y/O POLUCIÓN GRADUAL O PAULATINA DE CUALQUIER ÍNDOLE, LA POLUCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

2.1.13 LAS OPERACIONES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA Y CANADÁ, ASÍ COMO LA ATENCIÓN Y/O EL RESULTADO DE DEMANDAS EN DICHOS PAÍSES.

2.1.14 LOS PERJUICIOS QUE SE ORIGINEN POR LA APLICACIÓN DE DISPOSICIONES Y ÓRDENES DE AUTORIDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA O POR ASUNTOS INVESTIGATIVOS DE CARÁCTER PENAL.

2.1.15 LOS DAÑOS OCASIONADOS POR VEHÍCULOS, AERONAVES O EMBARCACIONES.

2.1.16 LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA EXTRACCIÓN, FABRICACIÓN, MANIPULACIÓN Y USO DE ASBESTOS Y/O AMIANTO O SUSTANCIAS QUE CONTENGAN DICHAS MATERIAS.

2.1.17 LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL PERSONAL DE EMPRESAS DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA.-

2.1.18 LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN ENTRE SI, LAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, QUE SEAN CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS DEL ASEGURADO.

2.1.19 LOS PERJUICIOS A CAUSA DE DAÑOS O LESIONES PERSONALES OCASIONADOS POR PRODUCTOS FABRICADOS, ENTREGADOS O SUMINISTRADOS POR EL CONTRATISTA ASEGURADO, O BIEN POR LOS TRABAJOS EJECUTADOS O POR SERVICIOS PRESTADOS, SI LOS DAÑOS Y LESIONES SE PRODUJEREN DESPUÉS DE LA ENTREGA A LA QUE SE ENCUENTRA OBLIGADO EL ASEGURADO, POR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO O POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.-

2.1.20 EL EJERCICIO DE LA POSESIÓN Y USO DE PARQUEADEROS.

2.1.21 LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DERIVADOS DE CONTAMINACIÓN ACCIDENTAL, REPENTINA E IMPREVISTA U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DE AGUAS, ATMÓSFERA, SUELOS, SUBSUELOS, O BIEN POR RUIDOS.

2.1.22 LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE HECHOS OCURRIDOS FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL COLOMBIANO.

2.1.23 LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CONTRATOS, LEYES O DISPOSICIONES OFICIALES DE TAL NATURALEZA.

2.1.24 LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR LA FABRICACIÓN, ELABORACIÓN, TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN, CARGUE Y DESCARGUE, ASÍ COMO POR LA UTILIZACIÓN DE EXPLOSIVOS Y COMBUSTIBLES.

2.1.25 LOS PERJUICIOS POR DAÑOS MATERIALES O LESIONES PERSONALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR REACCIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

2.1.26 LOS PERJUICIOS PROVENIENTES DE CIMENTACIÓN Y ANCLAJES (INCLUIDO EL DEBILITAMIENTO DE CIMIENTOS Y BASES), ASENTAMIENTOS, VIBRACIÓN O VARIACIÓN DEL NIVEL DEL SUELO Y VARIACIONES DEL NIVEL DE AGUAS SUBTERRÁNEAS.

2.1.27 LOS PERJUICIOS QUE SURJAN DE UNA ERRADA PRÁCTICA PROFESIONAL Y QUE ORIGINEN UNA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

2.1.28 LOS DAÑOS CAUSADOS A CONDUCCIONES SUBTERRÁNEAS DE CUALQUIER CLASE.

2.1.29 LOS DAÑOS CAUSADOS A PROPIEDADES ADYACENTES O ESTRUCTURAS EXISTENTES.

2.1.30 LOS PERJUICIOS POR DETERIOROS O DAÑOS OCASIONADOS A BIENES AJENOS EN PODER DEL ASEGURADO BAJO SU CUIDADO, CONTROL, DEPÓSITO, VIGILANCIA O CUSTODIA, COMODATO, PRÉSTAMO, CONSIGNACIÓN O EN COMISIÓN O SOBRE LOS CUALES EL ASEGURADO REALICE UNA ACTIVIDAD INDUSTRIAL O PROFESIONAL (MANIPULACIÓN, TRANSFORMACIÓN, REPARACIÓN, TRANSPORTE, EXAMEN Y SIMILARES).

2.2 EXCLUSIONES PARTICULARES

2.2.1 EXCLUSIONES QUE APLICAN ÚNICAMENTE AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES.-

LA COBERTURA OTORGADA BAJO EL AMPARO CITADO, NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:

2.2.1.1 DAÑOS A PROPIEDADES SOBRE LAS CUALES SE ENCUENTREN O HAYAN LABORADO LOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS O SUS EMPLEADOS.

2.2.1.2 DAÑOS CAUSADOS A LA PERSONA O A LOS BIENES DE LOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS O SUS EMPLEADOS.

2.2.1.3 ESTA COBERTURA TAMPOCO SE EXTIENDE A CUBRIR RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ENTRE LOS CONTRATISTAS O ENTRE ESTOS Y LOS SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES.

2.2.2 EXCLUSIONES QUE APLICAN ÚNICAMENTE AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL.-

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:

2.2.2.1 ENFERMEDADES PROFESIONALES, ENDÉMICAS O EPIDÉMICAS, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL.

2.2.2.2 ACCIDENTES DE TRABAJO QUE HAYAN SIDO PROVOCADOS DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DEL EMPLEADO.

2.2.3 EXCLUSIONES QUE APLICAN ÚNICAMENTE AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS:

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE

CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:

2.2.3.1 LA UTILIZACIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR EN LABORES DE SERVICIO PÚBLICO.

2.2.3.2 LA UTILIZACIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR DE PROPIEDAD DE LOS TRABAJADORES DEL CONTRATISTA ASEGURADO.

2.2.3.3 LAS PÉRDIDAS O DAÑOS A LOS VEHÍCULOS AUTOMOTORES MATERIA DE LA PRESENTE COBERTURA, ASÍ COMO A SUS ACCESORIOS Y A LOS BIENES TRANSPORTADOS EN TALES VEHÍCULOS, INCLUYENDO LAS OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE LOS RIESGOS NO AMPARADOS BAJO LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES QUE CUBRAN LOS VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS OBJETO DE COBERTURA BAJO ESTE AMPARO.

LA COBERTURA OTORGADA TAMPOCO TENDRÁ APLICACIÓN CUANDO EL(OS) VEHÍCULO(S) ASEGURADO(S) NO SE ENCUENTRE(N) AMPARADO(S) BAJO UN SEGURO DE AUTOMÓVILES CUBRIENDO EL LÍMITE PRIMARIO, CUYO EXCESO ES OBJETO DE LA COBERTURA BRINDADA POR ESTE AMPARO.

CLÁUSULA TERCERA

3. DEDUCIBLE

La presente póliza tiene un deducible, que será del diez por ciento (10%) del valor asegurado enunciado en la carátula de la misma.- Tal deducible nunca será superior a 2.000 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

CLÁUSULA CUARTA

4. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

El **Asegurado** deberá dar aviso a SEGURESTADO sobre la ocurrencia de todo hecho que pudiere afectar la presente póliza dentro del término legal de tres (3) días contados a partir de la fecha que haya conocido o debido tener conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

Si contra El **Asegurado** se iniciare algún procedimiento judicial, o fuere citado a asistir a diligencia de conciliación previa por la ocurrencia de un suceso que pudiere afectar esta póliza, deberá dar aviso inmediato a **SEGURESTADO**, aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del siniestro.

El **Asegurado** queda obligado a colaborar en su defensa judicial, a facilitar los documentos y demás medios probatorios que busquen la exoneración de responsabilidad o disminuir el monto de la misma y a concurrir a las citaciones que la ley o SEGURESTADO le solicite.

Queda igualmente obligado a realizar todas las diligencias razonables, tendientes a evitar la agravación o aumento de los perjuicios.

Si El Asegurado, por su culpa o negligencia faltare a alguna de las obligaciones antes descritas, **SEGURESTADO** deducirá de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le cause.

CLÁUSULA QUINTA

5. GARANTÍAS

La presente póliza se expide bajo la condición que **El Asegurado** cumplirá durante toda la vigencia del seguro con las siguientes garantías y compromisos:

5.1 El **Asegurado** no puede sin consentimiento previo y escrito de **SEGURESTADO** aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de la póliza cuando es nominativa, so pena de perder todo derecho bajo este contrato de seguro. Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los gastos necesarios para prestar auxilios médicos, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro y de aquellos encaminados a evitar la agravación de un daño. Le son aplicables al Beneficiario realmente todas las prohibiciones del **Asegurado**, que por su naturaleza procedan contra él también.

5.2 El Beneficiario reclamante y/o **El Asegurado** cuando directamente reclame, perderán todo derecho derivado de esta póliza cuando lleguen a formular reclamación en alguna manera fraudulenta.

5.3 El **Asegurado** debe mantener vigentes y válidos todos los documentos y certificaciones exigidos por la autoridad competente, para el ejercicio de su actividad.

5.4 El **Asegurado** dentro de su operación o actividad, descrita en la carátula de la póliza, observará todas las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, que rigen su actividad profesional.

5.5 El **Asegurado** se compromete y obliga a mantener en buen estado de conservación y funcionamiento los bienes con los cuales desarrolla su actividad descrita en la carátula de la póliza y comunicará por escrito a **SEGURESTADO** cualquier modificación o alteración que ocurra a la propiedad o características de los mismos bienes.

5.6 El **Asegurado** no podrá permitir que se le dé a los bienes con los cuales desarrolla su actividad descrita en la carátula de la póliza, un uso diferente al normal y

autorizado según su tipo y capacidad y se obliga a cumplir con todas las disposiciones legales y técnicas referentes a su mantenimiento y seguridad.

En el evento de violar **El Asegurado,** una cualquiera de las garantías que se compromete a cumplir y observar, durante el desarrollo y ejecución de este contrato de seguros, faculta a **SEGURESTADO**, para dar por terminado este contrato de seguros, desde el mismo momento de cometida la infracción.-

**CLÁUSULA SEXTA**

**6. ESTIPULACIONES SOBRE RECLAMACIONES**

Si el monto de las reclamaciones excediere del límite asegurado para cada cobertura o evento, **SEGURESTADO** solo responderá por los gastos del proceso judicial, en la proporción que haya entre el límite del valor asegurado y el importe total de las reclamaciones, aún cuando se trate de varios juicios resultantes de un mismo acontecimiento. En tales casos **SEGURESTADO** podrá eximirse de otras reclamaciones mediante el pago del límite asegurado y su participación proporcional en los gastos hasta entonces causados.

Toda indemnización o pago que se haga de conformidad con la presente póliza, originará una disminución igual al valor asegurado.- Esta póliza no tiene restitución automática de valor asegurado. Cualquier restitución del mismo, debe ser aprobada previamente por **SEGURESTADO**, una vez que **El Asegurado** cumpla los requisitos exigidos por **SEGURESTADO** para una nueva contratación.

**CLÁUSULA SÉPTIMA**

**7. DEFINICIONES**

Para los efectos del presente seguro las siguientes expresiones tendrán el significado que se estipula:

7.1 **El Asegurado:** es la persona natural o jurídica, consorcio o unión temporal conformado por varias personas naturales o jurídicas, que se encarga de ejecutar y cumplir con el objeto del contrato celebrado con la Entidad Estatal. Dentro de la vigencia asegurada quedan amparadas las personas vinculadas a éste, mediante contrato de trabajo. Tendrá también la calidad de Asegurado la Entidad Estatal contratante, limitado ello únicamente a los daños producidos por el Contratista Asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que éste incurra con ocasión de la ejecución del contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

7.2 Beneficiario: Los Terceros Afectados que puedan resultar perjudicados y la Entidad Estatal contratante, esta última respecto de la responsabilidad civil extracontractual en que incurra el Contratista Asegurado, con ocasión de la ejecución del contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

7.3 Tercero Afectado: es la persona natural o jurídica damnificada por el hecho imputable al Contratista Asegurado, y del cual resulte civilmente responsable, amparado bajo la presente póliza, y que no tenga relación de parentesco directo con el Contratista Asegurado hasta en cuarto grado de consanguinidad, o segundo de afinidad, y tampoco ningún grado de subordinación o dependencia.-

7.4 Predios: son los bienes inmuebles donde se ejecuta el contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

7.5 Límite o valor asegurado: es la máxima responsabilidad de **SEGURESTADO** por cada siniestro y por el total de siniestros que puedan ocurrir durante la vigencia del seguro. Cuando en esta póliza o en su carátula, se fije o establezca un sublímite de valor asegurado, ya sea por persona, daño material, lucro cesante, daño extrapatrimonial, gastos legales, agregado anual o similar, se entenderá que tal sublímite será el valor máximo de responsabilidad de **SEGURESTADO**, y que forma parte del límite del valor asegurado, no siendo en consecuencia, una adición de este último.-

7.6 Vigencia de la cobertura o de la póliza: es el período de tiempo comprendido entre las fechas de iniciación del amparo, colocado en la carátula de esta póliza y terminación de los amparos ofrecidos, que también se indica en la carátula de la póliza.- Tal vigencia de los amparos, puede coincidir con la vigencia del contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

Para constancia de lo expuesto, y en señal de asentimiento y compromiso con todo lo aquí pactado se firma en _____ a los _____ ( ) días del mes de_____ del año _____.

**EL TOMADOR**

**SEGURESTADO**
**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

FIRMA AUTORIZADA

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**RECIBO DE CAJA**

**Nit. 860.009.578**

| EXPEDIDA EN | SUCURSAL | CODIGO | FECHA | CLAVE | NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NEIVA | AGENCIA MANDATARIA - NEIVA | 61 | 29/12/2024 | 225450 | ASSURER BROKERS AGENCIA DE SEGUROS L | | |
| **RECIBIMOS DE:** | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | | | | | **NIT:** | 901.496.702-9 |
| **LA SUMA DE:** | CINCO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SIETE PESOS MCTE | | | | | | |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE POLIZA 101057471-0 – 101020873-0 | | | | | | |

| SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO | PRIMA | GASTOS | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ENTIDAD.EST 101057471-0 | 4,143,363 | 20,000 | 791,039 | 4,954,402 |
| AGENCIA MANDATARIA - NEIVA – RC EXTRACONTRACTUAL 101020873-0 | 486,164 | 3,000 | 92,941 | 582,105 |
| | | | | |

**FORMA DE PAGO**

| | | |
|---|---|---|
| | EFECTIVO: | 5,536,507 |
| | CHEQUE: | 0,00 |
| | TARJETA: | 0,00 |
| | BD: | 0,00 |
| | OTROS: | 0,00 |
| CAJA NEIVA | **TOTAL:** | 5,536,507 |

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 5 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES – Obligación: 5) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato.

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, dispuso de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato; por lo anterior, en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata se cuenta con espacios adecuados para salvaguardar la información generada

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Representante legal Fundación Social Yo Te cuido**

Elaborado y proyectado por:

Paola Marin - coordinadora

**Cel. 3206193497**

# NCUENTRO BIOLOGICO L.J.G.C MARZO

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <psicologiayotecuido.garzon@gmail.com> 20 de marzo de 2025, 13:36
Para: Karol Yohana Campos Medina <karol.campos@icbf.gov.co>, trabajosocialyotecuido.garzon@gmail.com

Garzón Huila

Doctora,

**Karol Yohana Campos Medina**
Defensoría 1 de familia

Cordial saludo,

Comedidamente me dirijo a usted como la autoridad administrativa del proceso PARD de la usuaria **LEIDY JOHANNA GUALI CEDIEL**, con el fin de hacer entrega del encuentro biológico ejecutado el día 21/03/2025 en la modalidad hogar sustituto.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Equipo psicosocial FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO - GARZÓN.

**ENCUENTRO BIOLOGICO_LEIDY JOHANA GUALI CEDIEL_MARZO.pdf**
1225K

**LA SUSCRITA REPRESENTANTELEGAL 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 2 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES. - Obligación: 4). Presentar información, y soportes que den repuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de diciembre del año 2025, no recibió ningún requerimiento efectuado por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato; sin embargo, una vez la fundación social yo te cuido llegue a ser requerida esta presentara la información solicitada y dará respuesta de manera inmediata a las requerimiento allegados.

Se expide en Neiva el día 01 de abril del 2025



YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA

Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y revisado por:



Paola Andrea Marin Gonzalez
Coordinadora

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 8 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES – Obligación: 8) Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo "Buenas Prácticas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, dio cumplimiento con lo establecido establecidas en el capítulo "Buenas Prácticas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente, garantizando que al interior de la fundación social yo te cuido siempre ha predominado una actuación ajustada a la ley, a la ética y a las buenas costumbres. Por tanto, el talento humano asume el compromiso de trabajar con ética y moralidad en sus actuaciones, garantizando condiciones de legalidad, equidad, objetividad y justicia en la gestión administrativa y de atención.

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Representante legal Fundación Social Yo Te cuido**

Elaborado y proyectado por:

Paola Marin - coordinadora

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

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

**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 9 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES – Obligación: 9) Dar a conocer ante la entidad y organismos competentes los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato.

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, no presentó ningún hecho o circunstancia que pueda constituir actos de corrupción como conductas punibles o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato.

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Representante legal Fundación Social Yo Te cuido**

Elaborado y proyectado por:

Paola Marin - coordinadora

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

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

**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 11 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES – Obligación: 11) El contratista se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejando constancia de su compromiso para brindar un trato respetuoso buscando generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y se comprometen a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, se ha asumido prácticas de buen trato para con el talento humano, las madres sustitutas, familias biológicas y usuarios que hacen parte de la modalidad Hogar sustituto en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata.

Neiva -01 de abril 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**

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 10 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES – Obligación: 10) Abstenerse de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso, y notificando a la supervisión y autoridades competentes cualquier hecho que se relacione con estas conductas.

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y 31 de marzo del 2025, no se recibió solicitud ninguna dadiva que favorezca la prestación del servicio de la modalidad de acogimiento familiar– Hogar Sustituto en los centros zonales de Garzón, Pitalito y la Plata.

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

Neiva -01 de abril 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**

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 14 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES – Obligación: 14) Reportar por escrito y de forma inmediata al supervisor cualquier novedad o anomalía en la ejecución del contrato.

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, no se presentaron eventos de daño antijuridico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de La Plata, Pitalito y Pitalito.

Anexo 1- Reporte mensual
Anexo 2- certificado

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Representante legal Fundación Social Yo Te cuido**

Elaborado y proyectado por:
Paola Andrea Marin González - coordinadora

**Cel. 3206193497**

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

# ENCUENTRO BIOLOGICO MARZO D.P.O

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <psicologiayotecuido.garzon@gmail.com> 24 de marzo de 2025, 16:24
Para: Claudio.Lopez@icbf.gov.co, trabajosocialyotecuido.garzon@gmail.com

Garzón - Huila

Doctor,

**Claudio Hernán López Gutiérrez**
Defensor 4 de familia CZ Pitalito

Cordial saludo,

Comedidamente me dirijo a usted como la autoridad administrativa del proceso PARD de la usuaria **DANIELA PARRA OROZCO**, con el fin de hacer entrega del encuentro biológico ejecutado el día 21/03/2025 en la modalidad hogar sustituto.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Equipo psicosocial FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO - GARZÓN.

**ENCUENTRO BIOLOGICO_DANIELA PARRA OROZCO_MARZO2025.pdf**
1248K

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

# ENCUENTRO BIOLOGICO MARZO J.N.Y

1 mensaje

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

29 de marzo de 2025, 19:08

Para: comisariadefamilia@elpital-huila.gov.co, trabajosocialyotecuido.garzon@gmail.com

Garzón-Huila

Doctora,

**HERMINIA ALVARADO SERRATO**
Comisaría de Familia
Pital Huila

Cordial saludo,

Mediante la presente nos permitimos poner en su conocimiento que el día 21/03/2025 se ejecutó el encuentro biológico para el usuario adscrito a esta modalidad, se informa que la red vincular familiar (progenitor) del usuario **JACOBO NOE YAQUINO SERRATO** asistió y participó en el mismo, como proceso integral en el fortalecimiento familiar.

Lo anterior para su conocimiento y de más fines pertinentes.

Atentamente,

Equipo Psicosocial
Fundación Social Yo Te Cuido.

**ENCUENTRO BIOLOGICO_JACOBO NOE YAQUINO_MARZO.pdf**
1065K

# ENCUENTRO BIOLOGICO MARZO M.Y.CH.R

1 mensaje

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

28 de marzo de 2025, 23:34

Para: comisariadefamilia@elpital-huila.gov.co

Garzón-Huila

Doctora,

**HERMINIA ALVARADO SERRATO**
Comisaría de Familia
Pital Huila

Cordial saludo,

Mediante la presente nos permitimos poner en su conocimiento, como autoridad administrativa del proceso PARD, que el día 21/03/2025, se ejecutó el encuentro biológico de la usuaria adscrita a esta modalidad, donde se informa que la red vincular familiar de la niña **MARIA YULISA CHANTRE ROJAS** asistió y participación en el mismo, como proceso integral en el fortalecimiento familiar.

Lo anterior para su conocimiento y de más fines pertinentes.

Atentamente,

Equipo Psicosocial
Fundación Social Yo Te Cuido.

**ENCUENTRO BIOLOGICO_MARÍA YULISA CHANTRE ROJAS.pdf**
834K

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

# ENCUENTRO BIOLOGICO MARZO Y.V.A

1 mensaje

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

29 de marzo de 2025, 09:35

Para: comisariadefamilia@tarqui-huila.gov.co, trabajosocialyotecuido.garzon@gmail.com

Garzón-Huila.

Doctora:
**MELIZA JHOANA IBARRA CERÓN**
Comisaria de Familia Tarqui (H)

Cordial saludo,

Mediante la presente nos permitimos poner en su conocimiento que el día 21/03/2025 fue ejecutado el encuentro biológico para el usuario adscrito a esta modalidad, donde se informa que la red vincular familiar (progenitora) del usuario **YEFERSON VALENZUELA AGUILAR,** asistió y participó del mismo, como proceso integral en el fortalecimiento familiar e individual del usuario.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Equipo Psicosocial Fundación Social YO TE CUIDO

**ENCUENTRO BIOLOGICO_YEFERSON VALENZUELA AGUILAR_MARZO.pdf**
1120K

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

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

# INFORME ENCUENTR BIOLOGICO DE LA NIÑA DANNA LICETH BRAVO

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <psicologiayotecuido.pitalito@gmail.com> 1 de abril de 2025, 2:55 p.m.
Para: comisariadefamilia@elagrado-huila.gov.co

Doctora :
ERIKA MARCELA SAENZ RIVERA
COMISARIA DE FAMILIA EL AGRADO

Cordial saludo ,

La presente es para hacer entrega de informe de ENCUENTRO BIOLÓGICO de la niña DANNA LICETH BRAVO del mes de marzo .

para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente ,

Equipo psicosocial

**ENCUENTRO BIOLOGICO DANNA BRAVO MARZO 1.docx**
326K

# ENCUENTRO BIOLOGICO Y.Y.V.A MARZO

1 mensaje

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

29 de marzo de 2025, 09:08

Para: comisariadefamilia@tarqui-huila.gov.co, trabajosocialyotecuido.garzon@gmail.com

Garzón-Huila.

Doctora:
**MELIZA JHOANA IBARRA CERÓN**
Comisaria de Familia Tarqui (H)

Cordial saludo,

Mediante la presente nos permitimos poner en su conocimiento que el día 21/03/2025 fue ejecutado el encuentro biológico para la usuaria adscrita a esta modalidad, donde se informa que la red vincular familiar (progenitora) de la usuaria **YEIMY JOHANA VALENZUELA AGUILAR,** asistió y participó del mismo, como proceso integral en el fortalecimiento familiar e individual.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Equipo Psicosocial Fundación Social YO TE CUIDO

**ENCUENTRO BIOLOGICO_YEIMI JOHANA VALENZUELA AGUILAR_MARZO.pdf**
1138K

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

# INFORME ENCUENTRO BIOLOGICO DE LA NIÑA KAREN TATIANA ARBOLEDA

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <trabajosocialyotecuido.pitalito@gmail.com> 26 de marzo de 2025, 9:49

Para: Cristina Molina Artunduaga <Cristina.Molina@icbf.gov.co>

Cordial saludo
Dr. Cristina Molina
A Continuación por medio del siguiente correo me dirijo a su despacho con el fin de realizar entrega del respectivo formato informe del encuentro biológico de la niña Karen Tatiana Arboleda quien conto con encuentro biológico con su red familiar de origen el día 25 de marzo a las 02:00 pm.con su ( progenitor- Juan Carlos Arboleda).

Agradecemos la atención prestada
Atentamente equipo psicosocial
" Fundacion Social Yo te cuido"

**ENCUENTRO BIOLOGICO KAREN TATIANA ARBOLEDA OVALLE MARZO.pdf**
161K

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

# NCUENTRO BIOLOGICO A.M.M.S MARZO

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <psicologiayotecuido.garzon@gmail.com> 24 de marzo de 2025, 18:15
Para: Karol Yohana Campos Medina <karol.campos@icbf.gov.co>, trabajosocialyotecuido.garzon@gmail.com

Garzón Huila

Doctora,

**Karol Yohana Campos Medina**
Defensoría 1 de familia

Cordial saludo,

Comedidamente me dirijo a usted como la autoridad administrativa del proceso PARD de la usuaria **ANYI MILENA MOPAN SAIZ**, con el fin de hacer entrega del encuentro biológico ejecutado el día 21/03/2025 en la modalidad hogar sustituto.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Equipo psicosocial FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO - GARZÓN-

**ENCUENTRO BIOLOGICO_ANYI MILENA MOPAN -MARZO_2025.pdf**
1230K

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3** | |
|---|---|
| **Hora: 4: 30 pm** | **Fecha: 27-3-2025** |
| **Lugar:** | **Fundación social Yo te cuido- sede Garzón** |
| **Dependencia que Convoca:** | **Fundación social yo te cuido- Nutricionista** |
| **Proceso:** | **misional - protección - restablecimiento de derechos- IEC estrategia información educación y comunicación** |
| **Objetivo:** | **Capacitar a las familias sustitutas en la Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos ( tiempos de comida)** |

**Agenda**:

Saludo por parte de la Nutricionista

**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 Garzón, la Nutricionista realizó intervención educativa para dar cumplimiento al tema del mes de marzo: **Lleva a tu plato 5 porciones al día de frutas y verduras para el aporte de adecuado de micronutrientes, minuta hogares sustitutos.**

**Objetivo:** Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.

Las frutas y verduras son importantes porque son fuente de nutrientes que ayudan al cuerpo a funcionar bien, crecer y desarrollarse. También ayudan a prevenir enfermedades y a mantener un peso saludable.

Beneficios de las frutas y verduras

- Fortalecen el sistema inmunológico
- Ayudan a prevenir la desnutrición
- Ayudan a prevenir enfermedades no transmisibles
- Ayudan a prevenir la obesidad y el sobrepeso
- Ayudan a los niños a crecer
- Apoyan el bienestar físico, mental y social

Recomendaciones de consumo

- La OMS recomienda consumir al menos 400 g de frutas y verduras al día
- La cantidad óptima depende de la edad, el sexo y el nivel de actividad física
- Se recomienda una dieta variada y un equilibrio entre los diferentes tipos de alimentos

PUBLICA

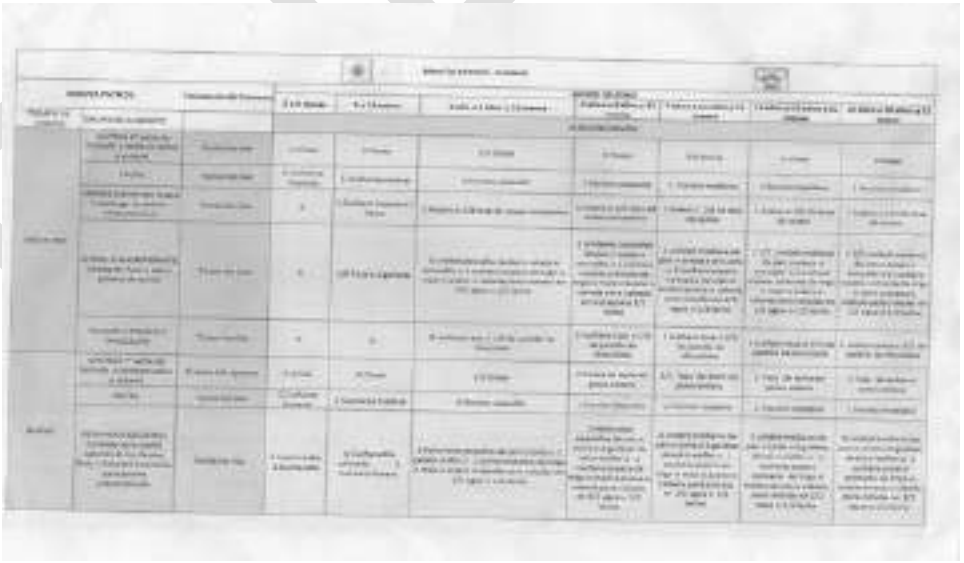
Consejos para consumir frutas y verduras

- Preferir frutas frescas y enteras
- Incluir frutas y verduras en las comidas y snacks
- Comenzar el día con una fruta natural o una ensalada de frutas
- Agregar verduras a las preparaciones cotidianas



Se socializa el modelo de minuta modelo para hogares sustitutos según grupos de edades.

Se resalta la importancia de garantizar los 5 tiempos de comidas: 2 refrigerios diarios, y en menores de 6 meses, dar una alimentación complementaria adecuada. En casos que se permita complementar una lactancia materna exclusiva o complementaria se debe garantizar.



PÚBLICA

**Decisiones:** Es importante el consumo de frutas y verduras diariamente en los hogares sustitutos incluidas en la minuta para hogares sustitutos.





| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Las familias sustitutas se comprometen a aumentar la ingesta diaria de frutas y verduras como modelo del plato saludable. Implementar el modelo de minuta para hogares sustitutos. | Familias y usuarios de los hogares sustitutos | permanente |

PUBLI

La Plata, Huila 31 de Marzo de 2025


BIENESTAR FAMILIAR
No. 20254703000037302
Código web: JJ8/QvguutmhVx43Sx14EAfqe
Radicador: YURY ALEJANDRA SALAZAR
Fecha: 2025-03-31 16:--
Folios: 5
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo Angel Jacon Redin
Clasificada


**DOCTORA**
**ELIANA MERCEDES ALVAREZ**
Defensoría Segunda Centro Zonal La Plata
Calle 5B No. 9ª -05 barrio Villa Isabella
La Plata - Huila

***Asunto: RESULTADO ENCUENTROS BIOLÓGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se realizaron el mes de Marzo del 2025.

- *Angel Jacon Redin Oyune ..... Nº Folios: 03*
- *Maria Alejandra Mendez Vera ...Nº. Folios: 02*
- *Tania Isabel Chacue Volveras... ...Nº Folis: 02*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo Te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo Te Cuido



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata (Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

La Plata, Huila 31 de Marzo de 2025


BIENESTAR FAMILIAR
No. 20254703000037302
Código web: JJ8/QvguutmhVx43Sx14EAfqe
Radicador: YURY ALEJANDRA SALAZAR
Fecha: 2025-03-31 16:--
Folios: 5
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo Angel Jacon Redin
Clasificada


**DOCTORA**
**ELIANA MERCEDES ALVAREZ**
Defensoría Segunda Centro Zonal La Plata
Calle 5B No. 9ª -05 barrio Villa Isabella
La Plata - Huila

***Asunto: RESULTADO ENCUENTROS BIOLÓGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se realizaron el mes de Marzo del 2025.

- *Angel Jacon Redin Oyune ..... Nº Folios: 03*
- *Maria Alejandra Mendez Vera ...Nº. Folios: 02*
- *Tania Isabel Chacue Volveras... ...Nº Folis: 02*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo Te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo Te Cuido



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

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

# ACTA NCUENTRO BIOLÓGICO NIÑOS CRUZ PEÑA

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <psicologiayotecuido.pitalito@gmail.com> 1 de abril de 2025, 11:52 a.m.
Para: claudio.lopez@icbf.gov.co

Doctor :
CLAUDIO HERNAN LOPEZ
DEFENSORÍA CUARTA

Cordial saludo ,

La presente es para hacer entrega de informe de ENCUENTRO BIOLÓGICO del mes de MARZO de los niños relacionados a continuación: .

1. ANGEL DAVID CRUZ
2. LIAM CAMILO PEREZ

para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente ,

Equipo psicosocial

**2 archivos adjuntos**

**ENCUENTRO BIOLOGICO ANGEL DAVID CRUZ PEÑA MARZO 1.docx**
369K

**ENCUENTRO BIOLOGICO LIAN CAMILO PEREZ PEÑA MARZO 1.docx**
323K

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

La Plata, Huila 31 de Marzo de 2025


BIENESTAR FAMILIAR
No. 20254703000037302
Código web: JJ8/QvguutmhVx43Sx14EAfqe
Radicador: YURY ALEJANDRA SALAZAR
Fecha: 2025-03-31 16:--
Folios: 5
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo Angel Jacon Redin
Clasificada


**DOCTORA**
**ELIANA MERCEDES ALVAREZ**
Defensoría Segunda Centro Zonal La Plata
Calle 5B No. 9ª -05 barrio Villa Isabella
La Plata - Huila

***Asunto: RESULTADO ENCUENTROS BIOLÓGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se realizaron el mes de Marzo del 2025.

- *Angel Jacon Redin Oyune ..... Nº Folios: 03*
- *Maria Alejandra Mendez Vera ...Nº. Folios: 02*
- *Tania Isabel Chacue Volveras... ...Nº Folis: 02*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo Te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo Te Cuido



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR
No. 20264700300037142
Código web: UYXH8B/9/Tr/9tyEE7LI4F38KMI=
Radicador: GALAZAR Fecha: 2025-03-31 Folios: 77
Remitente: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
Destino: Centro Zonal La Plata ( Huila)
Asunto: Resultados encuentros biológicos mes de marzo desde Dency Carina
Clasificada


La Plata Huila, 31 de Marzo de 2025

DOCTOR:
ALONSO MARTINEZ
Defensoria Primera Centro Zonal La Plata
La Plata - Huila

**Asunto:** ***RESULTADO ENCUENTROS BIOLOGICOS MES DE MARZO***

Respetuosamente nos permitimos hacer entrega de resultados de los encuentros biológicos previamente autorizados; que se llevaron a cabo el mes de Marzo del 2025.

- *Dency Carina Cunacue..... N° Folios: 3*
- *Luciana Cunacue ..... N° Folios 3*
- *Franklin Smith Borja..... N° Folios:2*
- *Luisa Fernanda Parra Medina..... N° Folios:2*
- *Mariana Aceneth Acosta..... N° Folios:2*
- *Sharit Tatiana Mosquera Titimbo..... N° Folios:2*
- *Nelly Morales Camuendo..... N° Folios:2*
- *Norby Vanessa Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yorlan David Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *María Isabel Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Derly Yuliana Sanchez Hernandez..... N° Folios:2*
- *Yeimmy Adelay Paja Camayo..... N° Folios:2*

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente;

**SHIRLEY GONZALEZ**
Psicóloga
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido

**CRISTIAN CAMILO ARIAS**
Trabajador Social
Programa Hogares Sustitutos
Fundación Social Yo te Cuido



Powered by CamScanner

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3** | |
|---|---|
| **Hora: 8: 30 am** | **Fecha: 27-3-2025** |
| **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 a las familias sustitutas en la Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos ( tiempos de comida)** |

**Agenda**:

Saludo por parte de la Nutricionista

**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 la plata, la Nutricionista realizó intervención educativa para dar cumplimiento al tema del mes de marzo: **Lleva a tu plato 5 porciones al día de frutas y verduras para el aporte de adecuado de micronutrientes, minuta hogares sustitutos.**

**Objetivo:** Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.

Las frutas y verduras son importantes porque son fuente de nutrientes que ayudan al cuerpo a funcionar bien, crecer y desarrollarse. También ayudan a prevenir enfermedades y a mantener un peso saludable.

Beneficios de las frutas y verduras

- Fortalecen el sistema inmunológico
- Ayudan a prevenir la desnutrición
- Ayudan a prevenir enfermedades no transmisibles
- Ayudan a prevenir la obesidad y el sobrepeso
- Ayudan a los niños a crecer
- Apoyan el bienestar físico, mental y social

Recomendaciones de consumo

- La OMS recomienda consumir al menos 400 g de frutas y verduras al día
- La cantidad óptima depende de la edad, el sexo y el nivel de actividad física
- Se recomienda una dieta variada y un equilibrio entre los diferentes tipos de alimentos

PUBLICA

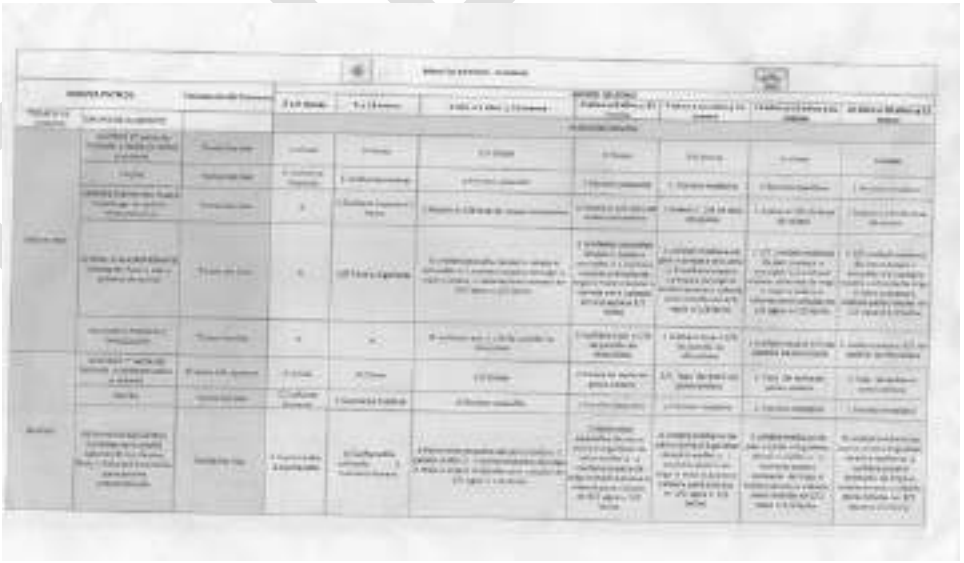
Consejos para consumir frutas y verduras

- Preferir frutas frescas y enteras
- Incluir frutas y verduras en las comidas y snacks
- Comenzar el día con una fruta natural o una ensalada de frutas
- Agregar verduras a las preparaciones cotidianas



Se socializa el modelo de minuta modelo para hogares sustitutos según grupos de edades.

Se resalta la importancia de garantizar los 5 tiempos de comidas: 2 refrigerios diarios, y en menores de 6 meses, dar una alimentación complementaria adecuada. En casos que se permita complementar una lactancia materna exclusiva o complementaria se debe garantizar.



PÚBLICA





**Decisiones:** Es importante el consumo de frutas y verduras diariamente en los hogares sustitutos incluidas en la minuta para hogares sustitutos.

| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Las familias sustitutas se comprometen a aumentar la ingesta diaria de frutas y verduras como modelo del plato saludable. Implementar el modelo de minuta para hogares sustitutos. | Familias y usuarios de los hogares sustitutos | permanente |

PÚBLICO

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3** | |
|---|---|
| **Hora: 2: 30 pm** | **Fecha: 27-3-2025** |
| **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:** | **Capacitar a las familias sustitutas en la Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos ( tiempos de comida)** |

**Agenda**:

Saludo por parte de la Nutricionista

**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 marzo: **Lleva a tu plato 5 porciones al día de frutas y verduras para el aporte de adecuado de micronutrientes, minuta hogares sustitutos.**

**Objetivo:** Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.

Las frutas y verduras son importantes porque son fuente de nutrientes que ayudan al cuerpo a funcionar bien, crecer y desarrollarse. También ayudan a prevenir enfermedades y a mantener un peso saludable.

Beneficios de las frutas y verduras

- Fortalecen el sistema inmunológico
- Ayudan a prevenir la desnutrición
- Ayudan a prevenir enfermedades no transmisibles
- Ayudan a prevenir la obesidad y el sobrepeso
- Ayudan a los niños a crecer
- Apoyan el bienestar físico, mental y social

Recomendaciones de consumo

- La OMS recomienda consumir al menos 400 g de frutas y verduras al día
- La cantidad óptima depende de la edad, el sexo y el nivel de actividad física
- Se recomienda una dieta variada y un equilibrio entre los diferentes tipos de alimentos

PUBLICA

Consejos para consumir frutas y verduras

- Preferir frutas frescas y enteras
- Incluir frutas y verduras en las comidas y snacks
- Comenzar el día con una fruta natural o una ensalada de frutas
- Agregar verduras a las preparaciones cotidianas



Se socializa el modelo de minuta modelo para hogares sustitutos según grupos de edades.

Se resalta la importancia de garantizar los 5 tiempos de comidas: 2 refrigerios diarios, y en menores de 6 meses, dar una alimentación complementaria adecuada. En casos que se permita complementar una lactancia materna exclusiva o complementaria se debe garantizar.



PÚBLICA






**Decisiones:** Es importante el consumo de frutas y verduras diariamente en los hogares sustitutos incluidas en la minuta para hogares sustitutos.

| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Las familias sustitutas se comprometen a aumentar la ingesta diaria de frutas y verduras como modelo del plato saludable. Implementar el modelo de minuta para hogares sustitutos. | Familias y usuarios de los hogares sustitutos | permanente |

PUBLICA

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

# NFORME ENCUENTR BIOLOGICO DE LA

2 mensajes

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <psicologiayotecuido.pitalito@gmail.com> 31 de marzo de 2025, 4:39 p.m.
Para: comisariafamilia@suaza-huila.cov.co

Doctora :
FRANCY YADIRA PEREZ
COMISARÍA SUAZA

Cordial saludo ,

La presente es para hacer entrega de informe de ENCUENTRO BIOLÓGICO de los niños relacionados a continuación:

1. DERLY YUIANA MUÑOZ
2. NORBERTO ANDRES MUÑOZ

para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente ,

Equipo psicosocial

**2 archivos adjuntos**

**ENCUENTRO BIOLOGICO DERLY YULIANA.docx**
190K

**ENCUENTRO BIOLOGICO NORBERTO.docx**
190K

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

# ENCUENTRO BIOLÓGICO de la adolescente BLEYDY MIREYA TRUJILLO BAUTISTA

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <psicologiayotecuido.pitalito@gmail.com> 1 de abril de 2025, 10:22 a.m.
Para: claudio.lopez@icbf.gov.co

Doctor :
CLAUDIO HERNAN LOPEZ
DEFENSORÍA CUARTA

Cordial saludo ,

La presente es para hacer entrega de informe de ENCUENTRO BIOLÓGICO de la adolecsente BLEYDY MIREYA TRUJILLO BAUTISTA del mes de MARZO .

para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente ,

Equipo psicosocial

**ENCUENTRO BIOLOGICO BLEYDY MIRELLA MARZO 2025.docx**
510K

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

# ENCUENTRO BIOLÓGICO de la niña LUZ SARIT REINA del mes de MARZO .

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <psicologiayotecuido.pitalito@gmail.com> 1 de abril de 2025, 2:34 p.m.
Para: claudio.lopez@icbf.gov.co

Doctor :
CLAUDIO HERNAN LOPEZ
DEFENSORÍA CUARTA

Cordial saludo ,

La presente es para hacer entrega de informe de ENCUENTRO BIOLÓGICO de la niña LUZ SARIT REINA del mes de MARZO .

para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente ,

Equipo psicosocial
Fundacion yo te cuido

**ENCUENTRO BIOLOGICO LUZ SARITA REINA marzo 11.docx**
190K

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

# ENCUENTRO BIOLÓGICO SARITA SOFIA ALVIRA VALLEJO

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <psicologiayotecuido.pitalito@gmail.com> 1 de abril de 2025, 2:14 P.m.
Para: claudio.lopez@icbf.gov.co

Doctor :
CLAUDIO HERNAN LOPEZ
DEFENSORÍA CUARTA

Cordial saludo ,

La presente es para hacer entrega de informe de ENCUENTRO BIOLÓGICO de la niña SARITA SOFIA ALVIRA VALLEJO del mes de MARZO .

para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente ,

Equipo psicosocial

**ENCUENTRO BIOLOGICO SARITA SOFIA ALViRA MARZO 1.docx**
460K

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

# ENTREGA DE ENCUENTRO BIOLOGICO DE LOS HERMANOS ALAN DAVID ESPAÑA CURACA-LIAN SEBASTIAN ESPAÑA CURACA

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <trabajosocialyotecuido.pitalito@gmail.com> 27 de marzo de 2025, 10:08

Para: Claudio.Lopez@icbf.gov.co

Cordial y respetuoso saludo

Dr Claudio Hernan Lopez

A continuación nos permitimos adjuntar el registro de encuentro biológico de los hermanos Lian Sebastian España-Alan David España que se llevó a cabo el día 15 de marzo de 2025 a las 09:00 am, junto a su red familiar. ( Porgenitora- Yeraldin España Curaca).

Muchas gracias por su atención y siempre diligencia

sin otro particular

Equipo Psicosocial

Fundación Social Yo Te Cuido

Pitalito-Huila

**2 adjuntos**

**FORMATO ENCUENTRO BIOLOGICO LIAN SEBASTIAN ESPAÑA CURACA.pdf**
157K

**FORMATO ENCUENTRO BIOLOGICO ALAN DAVID ESPAÑA CURACA.pdf**
157K

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

# INFORME ENCUENTRO BIOLOGICO HERMANOS LIAM ANDRES OSORIO -OSTIN SANTIAGO MURILLO

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <trabajosocialyotecuido.pitalito@gmail.com> 26 de marzo de 2025, 9:47

Para: javier.cumbe@icbf.gov.co

Cordial saludo
Dr. Javier Cumbe
A Continuación por medio del siguiente correo me dirijo a su despacho con el fin de realizar entrega del respectivo formato informe del encuentro biológico de los hermanos OSTIN SANTIGO MURILLO MONTOYA Y LHIAM ANDRES OSORIO MURILLO quienes contaron con encuentro biológico con su red extensa familiar el dia 25 de marzo a las 02:00 de la tarde.

Agradecemos la atencion prestada
Atentamente equipo psicosocial
Fundacion Social Yo te cuido

**2 adjuntos**

**ENCUENTROS BIOLOGICO OSTIN SANTIAGO MURILLO MARZO.pdf**
158K

**ENCUENTROS BIOLOGIO LHIAM ANDRES OSORIO MARZO.pdf**
158K

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

# REPORTE MENSUAL DAÑO ANTIJURIDICO

1 mensaje

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** <coordinador2yotecuido@gmail.com> 3 de abril de 2025, 11:38 p.m.
Para: Claudia Liliana Vidal Floriano <Claudia.Vidal@icbf.gov.co>, Irma Constanza Almario Perdomo <irma.almario@icbf.gov.co>, Leidy Alejandra Sanchez Villareal <Leidy.Sanchez@icbf.gov.co>, Yazmin Usme Olmos <yazmin.usme@icbf.gov.co>
CC: representantelegalyotecuido@gmail.com

Cordial saludo

Supervisoras del contrato, de manera respetuosa, me permito enviar adjunto certificación donde se indica que durante el mes de marzo 2025 en los municipios de La Plata, Garzon y Pitalito no se presentaron situaciones que conllevaran a reporte al daño antijurídico.

Quedando Atenta

--
Atentamente:




**Certificado Daño Antijuridico MARZO025.pdf**
142K

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 15 del COMPONENTE OBLIGACIONES GENERALES – Obligación: 15) Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato.

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, se dio cumplimiento con todas las disposiciones y orientaciones recibidas en pro de garantizar el cumplimiento de todas las acciones enmarcadas en la prestación del servicio de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata.

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Representante legal Fundación Social Yo Te cuido**

Elaborado y proyectado por:
Paola Andrea Marin González - coordinadora

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

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 1 del COMPONENTE TECNICO – Obligación: 1. Atender 118 cupos en la modalidad Hogar Sustituto para la población: Vulneración 95 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito y Discapacidad 23 cupos los cuales se ejecutaran en los municipios de Garzón, La plata y Pitalito de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por los centros zonales y/o regionales, según aplique.

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, se atendieron un total de 115.61 niños, niñas y adolescentes, discriminados de la siguiente manera:

| CENTRO ZONAL | VULNERACION | DISCAPACIDAD | TOTAL |
|---|---|---|---|
| **GARZON** | 32,74 | 6 | 38.74 |
| **PITALITO** | 27.34 | 11,03 | 38.37 |
| **LA PLATA** | 33.50 | 5 | 38.50 |
| | | TOTAL | 115.61 CUPOS |

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Representante legal Fundación Social Yo Te cuido**

Elaborado y proyectado por:

Paola Andrea Marin - coordinadora

Gmail Financiera YoTe Cuido <financierayotecuido@gmail.com>

# REV. Planillas del servicio y COSTO FIJOS Cto. 41006922024 MES de MARZO de 2025

**Financiera YoTe Cuido** <financierayotecuido@gmail.com> 4 de abril de 2025, 20:24
Para: irma.almario@icbf.gov.co, Leidy.Sanchez@icbf.gov.co, claudia.vidal@icbf.gov.co
Cc: Linam.cubillos@icbf.gov.co, gislatatianasilva@gmail.com, layla.betancourt@icbf.gov.co

Doctoras
**Irma Almario**
**Leidy Sanchez**
**Claudia Vidal**
Coordinadoras/Supervisoras del Contrato

**Lina Maria Cubillos**
Profesional GAT

**Gisla Tatiana Silva**
Profesional Financiera

Cordial Saludo,

Por medio de la presente envío planillas de atención para su respectiva verificación y aprobación de las planillas adjuntas correspondientes al mes de marzo de 2025.

Quedo atento a cualquier inquietud.

--
Atentamente;
**YURY MARCELA CASTRO YASNO**
Revisora Fiscal Fundacion Social Yo Te Cuido
Financiera.

**2. Rev Costo fijo Planilla HS YO TE CUIDO MARZO 2025 CTO 41006922024.xlsm**
335K

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
Nit: 901.496.702-9

**Programa Hogares Sustitutos**
**HOGARES SUSTITUTOS CON DISCAPACIDAD - CONTRATO DE APORTE No. 41006922024**
**PLANILLA DE USUARIOS ATENDIDOS**
**CENTRO ZONAL LA PLATA**

**LIQUIDACIÓN DESDE:** 1/03/2025 **LIQUIDACIÓN HASTA:** 31/03/2025

| COSTO CUPO MES | BECA X NIÑO | CUOTA DE SOSTENIMIENTO MADRE |
|---|---|---|
| $ 1.929.038 | $ 711.750 | $ 960.000 |

| Nº | MADRE SUSTITUTA | No. CÉDULA | NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE | FECHA DE INGRESO | FECHA DE EGRESO | DIAS DE ATENCIÓN | VALOR CUPO TOTAL | BECA MENSUAL | | CUOTA SOSTENIMIENTO MADRE SUSTITUTA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | AJUSTE SMLV | TOTAL BECA | |
| 1 | ANA MILENA VALENCIA | 29122846 | FRANKLIN SMITH BORJA ALVIRA | 02/01/2025 | | 30,0 | $ 1.929.038 | $ 0 | $ 711.750,00 | $ 960.000 |
| 2 | FRANCY YORLAY NIETO COTACIO | 25464784 | CRISTHIAN DAVID ACOSTA CERON | 09/02/2024 | | 30,0 | $ 1.929.038 | $ 0 | $ 711.750,00 | $ 960.000 |
| 3 | LEIDY CONSTANZA GOMEZ ARDILA | 1117529340 | TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS | 13/02/2024 | | 30,0 | $ 1.929.038 | $ 0 | $ 711.750,00 | $ 960.000 |
| 4 | MARISANDA DORADO QUIJANO | 36380700 | ADAN LAVAO RIVERA | 02/01/2025 | | 30,0 | $ 1.929.038 | $ 0 | $ 711.750,00 | $ 960.000 |
| 5 | ROSALBA SERRATO VARGAS | 36376687 | JUAN CARLOS RAMIREZ MUÑOZ | 14/05/2024 | | 30,0 | $ 1.929.038 | $ 0 | $ 711.750,00 | $ 960.000 |
| **SUBTOTALES** | | | | | | **150,00** | **$ 9.645.190** | **$ 0** | **$ 3.558.750,00** | **$ 4.800.000** |

| CUPOS UTILIZADOS | CUPO TOTAL | BECA | SOSTENIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | 5,0 | 5,0 | 5,0 |

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
COORDINADORA HOGARES SUSTITUTOS

Elaboró y Revisó: Yury Castro

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
Nit: 901.496.702-9

**Programa Hogares Sustitutos**
**HOGARES SUSTITUTOS CON VULNERACIÓN - CONTRATO DE APORTE No. 41006922024**
**PLANILLA DE USUARIOS ATENDIDOS**
**CENTRO ZONAL PITALITO**

**LIQUIDACIÓN DESDE: 1/03/2025** **LIQUIDACIÓN HASTA: 31/03/2025**

| COSTO CUPO MES | BECA X NIÑO | CUOTA DE SOSTENIMIENTO MADRE |
|---|---|---|
| $ 1.597.407 | $ 474.500 | $ 840.000 |

| Nº | MADRE SUSTITUTA | No. CÉDULA | NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE | FECHA DE INGRESO | FECHA DE EGRESO | DIAS DE ATENCIÓN | VALOR CUPO TOTAL | BECA MENSUAL | | CUOTA SOSTENIMIENTO MADRE SUSTITUTA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | AJUSTE SMLV | TOTAL BECA | |
| * | CLAUDIA PATRICIA HERNANDEZ BUENDIA | 36286706 | LAURA ISABEL DORADO RUIZ | 07/01/2025 | 27/03/2025 | 26,5 | $ 1.411.043 | $ 0 | $ 419.142,0 | $ 742.000 |
| * | CLAUDIA PATRICIA HERNANDEZ BUENDIA | 36286706 | NORBERTO ANDRES MUÑOZ GOMEZ | 18/02/2025 | 14/03/2025 | 13,5 | $ 718.833 | $ 0 | $ 213.525,0 | $ 378.000 |
| * | CLAUDIA PATRICIA HERNANDEZ BUENDIA | 36286706 | DERLY YULIANA MUÑOZ GOMEZ | 18/02/2025 | 14/03/2025 | 13,5 | $ 718.833 | $ 0 | $ 213.525,0 | $ 378.000 |
| 1 | DIANA PATRICIA BARRAGAN | 1083887399 | YENNY PATRICIA TIRADO TORO | 12/09/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 474.500 | $ 0,0 | $ 840.000 |
| 2 | DIANA PATRICIA BARRAGAN | 1083887399 | ANYELA SULAY ORTIZ ZUÑIGA | 20/08/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| * | DIANA PATRICIA BARRAGAN | 1083887399 | LIAM SEBASTIAN ESPAÑA CURACA | 21/02/2025 | 17/03/2025 | 16,5 | $ 878.574 | $ 260.975 | $ 0,0 | $ 462.000 |
| | DIANA PATRICIA BARRAGAN | 1083887399 | BLEIDY MIRELLA TRUJILLO BAUTISTA | 04/03/2025 | | 27,5 | $ 1.464.290 | $ 197.708 | $ 237.250,0 | $ 770.000 |
| 3 | GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS | 36288958 | SARITA SOFIA ALVIRA VALLEJO | 12/09/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 474.500 | $ 0,0 | $ 840.000 |
| 4 | GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS | 36288958 | KEVIN MATIAS MALES REALPE | 12/07/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 474.500 | $ 0,0 | $ 840.000 |
| 5 | GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS | 36288958 | NIYIRETH TORO VARGAS | 12/07/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 474.500 | $ 0,0 | $ 840.000 |
| | KAREN DARIANA CALDERON ESCALANTE | 1083893442 | CAMILA ANDREA CORTES PERDOMO | 14/03/2025 | | 17,5 | $ 931.821 | $ 0 | $ 276.792,0 | $ 490.000 |
| | KAREN DARIANA CALDERON ESCALANTE | 1083893442 | NORBERTO ANDRES MUÑOZ GOMEZ | 14/03/2025 | | 17,5 | $ 931.821 | $ 0 | $ 276.792,0 | $ 490.000 |
| | KAREN DARIANA CALDERON ESCALANTE | 1083893442 | DERLY YULIANA MUÑOZ GOMEZ | 14/03/2025 | | 17,5 | $ 931.821 | $ 0 | $ 276.792,0 | $ 490.000 |
| * | MADY YURANY PABON VILLADA | 36314653 | SEBASTIAN TAMAYO PARRA | 11/01/2025 | 01/03/2025 | 0,5 | $ 26.623 | $ 0 | $ 7.908,0 | $ 14.000 |
| 6 | MARYEN LUCIA NARVAEZ IJAJI | 25292920 | YADER ESTEBAN GONZALES SAMBONI | 29/02/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 474.500 | $ 0,0 | $ 840.000 |
| 7 | MARYEN LUCIA NARVAEZ IJAJI | 25292920 | OSTIN SANTIAGOI MURILLO MONTOYA | 02/09/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| 8 | MARYEN LUCIA NARVAEZ IJAJI | 25292920 | LIAN ANDRES OSORIO MURILLO | 06/12/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| 9 | MARYEN LUCIA NARVAEZ IJAJI | 25292920 | HECTOR STIVEN SAMBONI GOLONDRINO | 11/08/2023 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| * | MIREYA PUENTES PARRA | 26599092 | CAMILA ANDREA CORTES PERDOMO | 08/01/2025 | 14/03/2025 | 13,5 | $ 718.833 | $ 0 | $ 213.525,0 | $ 378.000 |
| * | MIREYA PUENTES PARRA | 26599092 | BLEIDY MIRELLA TRUJILLO BAUTISTA | 21/02/2025 | 04/03/2025 | 3,5 | $ 186.364 | $ 0 | $ 55.358,0 | $ 98.000 |
| * | MIREYA PUENTES PARRA | 26599092 | ALAN DAVID ESPAÑA CURACA | 21/02/2025 | 17/03/2025 | 16,5 | $ 878.574 | $ 0 | $ 260.975,0 | $ 462.000 |
| | MIREYA PUENTES PARRA | 26599092 | SEBASTIAN TAMAYO PARRA | 04/03/2025 | 07/03/2025 | 3,0 | $ 159.741 | $ 0 | $ 47.450,0 | $ 84.000 |
| 10 | LUZ NELLY URBANO MURCIA | 26567386 | KAREN TATIANA ARBOLEDA OVALLE | 10/01/2025 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 474.500 | $ 0,0 | $ 840.000 |
| 11 | OMAIRA DIAZ MOLINA | 36295884 | YASTIN ALEJANDRO SAMBONI | 29/01/2025 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 474.500 | $ 0,0 | $ 840.000 |
| 12 | OMAIRA DIAZ MOLINA | 36295884 | ELIZABETH MILAGROS SAMBONI | 29/01/2025 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| 13 | OMAIRA DIAZ MOLINA | 36295884 | DANNA LISETH BRAVO CABRERA | 27/01/2025 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| 14 | OMAIRA DIAZ MOLINA | 36295884 | CESAR STIVEN URBANO PERAFAN | 04/02/2025 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| 15 | PAULA ALEJANDRA RIVERA | 1082779043 | LUZ SARITA REINA | 09/12/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| 16 | PAULA ALEJANDRA RIVERA | 1082779043 | ANYI LORENA URBANO | 09/12/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| 17 | YENI ANDREA ROJAS RAMOS | 36293823 | MARIA JOSE SALGADO VEGA | 12/12/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 237.250 | $ 237.250,0 | $ 840.000 |
| 18 | YENI ANDREA ROJAS RAMOS | 36293823 | SHAIRA MELIZA CELIS RODRIGUEZ | 30/12/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| | YUDYS PAOLA HOYOS OSORIO | 36288105 | SEBASTIAN TAMAYO PARRA | 01/03/2025 | 04/03/2025 | 3,0 | $ 159.741 | $ 47.450 | $ 0,0 | $ 84.000 |
| 19 | YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA | 1083887399 | LIAM CAMILO PEREZ PEÑA | 20/09/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| 20 | YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA | 1083887399 | ANGEL DAVID CRUZ PEÑA | 20/09/2024 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| 21 | YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA | 1083887399 | DANIEL DE JESUS TAMAYO PARRA | 18/02/2025 | | 30,0 | $ 1.597.407 | $ 0 | $ 474.500,0 | $ 840.000 |
| | **SUBTOTALES** | | | | | **820,00** | **$ 43.662.459** | **$ 4.064.883** | **$ 8.904.784** | **$ 22.960.000** |

| CUPOS UTILIZADOS | CUPO TOTAL | BECA | SOSTENIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | 27,3 | 18,8 | 27,3 |

**PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ**
COORDINADORA HOGARES SUSTITUTOS

Elaboró y Revisó: Yury Castro

# BIENVENIDO A CASA.



SOY.

ALAN Y DAVID
ESPAÑA
edad 6 Años.

El día 17 de Marzo viaje a la ciudad de Pitalito. al ICBF defensoría Claudio lo recibi en buen esta de Salud. su presentación: buena limpia, su ropa en buen estado Sus zapatos dañados y su Cabello largo. Al despedirse de la anterior madre Se mostro algo triste. inquieto. en el viaje manifesto que su mamá no lo dejaba viajar lejos pero venia con su hermano. Ilan. D. durmio un buen rato. en el camino. Me entrego sus pertenencias de Aseo, pero su ropa en mal estado.

No tiene Ninguno Documento. Se gestiono x medio de la gestora y la Dra. Paula Sobre los documentos

Al llegar a casa ya tarde le mostre su habitación y su Cama. Comparte con Angel Jacob.
Al otro día David se levanto se baño se cepillo los dientes. Es obediente. habla y pregunta todo. pero con Jacob juegan Compiten.
En esta Semana. El niño. Se muestra Colaborador obedece. acepto las normas como barrer. sacar la ropa. suga. ayuda a organizar los zapatos.

**INGRESO**
**17-03-2025.**

Cristian Camilo A. 24/03/2025

26/03/25

Powered by CamScanner

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3** | |
|---|---|
| **Hora: 4: 30 pm** | **Fecha: 27-3-2025** |
| **Lugar:** | **Fundación social Yo te cuido- sede Garzón** |
| **Dependencia que Convoca:** | **Fundación social yo te cuido- Nutricionista** |
| **Proceso:** | **misional - protección - restablecimiento de derechos- IEC estrategia información educación y comunicación** |
| **Objetivo:** | **Capacitar a las familias sustitutas en la Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos ( tiempos de comida)** |

**Agenda**:

Saludo por parte de la Nutricionista

**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 Garzón, la Nutricionista realizó intervención educativa para dar cumplimiento al tema del mes de marzo: **Lleva a tu plato 5 porciones al día de frutas y verduras para el aporte de adecuado de micronutrientes, minuta hogares sustitutos.**

**Objetivo:** Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.

Las frutas y verduras son importantes porque son fuente de nutrientes que ayudan al cuerpo a funcionar bien, crecer y desarrollarse. También ayudan a prevenir enfermedades y a mantener un peso saludable.

Beneficios de las frutas y verduras

- Fortalecen el sistema inmunológico
- Ayudan a prevenir la desnutrición
- Ayudan a prevenir enfermedades no transmisibles
- Ayudan a prevenir la obesidad y el sobrepeso
- Ayudan a los niños a crecer
- Apoyan el bienestar físico, mental y social

Recomendaciones de consumo

- La OMS recomienda consumir al menos 400 g de frutas y verduras al día
- La cantidad óptima depende de la edad, el sexo y el nivel de actividad física
- Se recomienda una dieta variada y un equilibrio entre los diferentes tipos de alimentos

PUBLICA

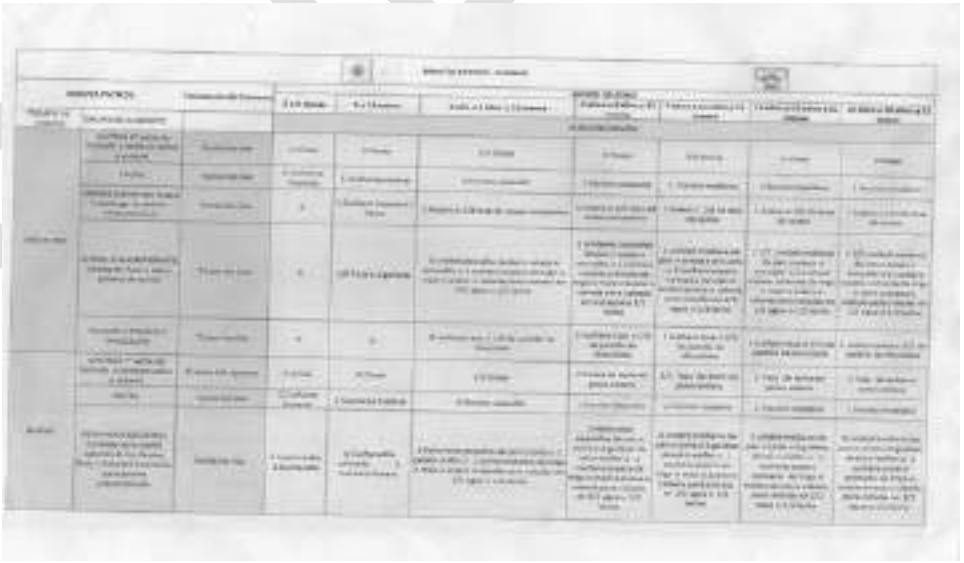
Consejos para consumir frutas y verduras

- Preferir frutas frescas y enteras
- Incluir frutas y verduras en las comidas y snacks
- Comenzar el día con una fruta natural o una ensalada de frutas
- Agregar verduras a las preparaciones cotidianas



Se socializa el modelo de minuta modelo para hogares sustitutos según grupos de edades.

Se resalta la importancia de garantizar los 5 tiempos de comidas: 2 refrigerios diarios, y en menores de 6 meses, dar una alimentación complementaria adecuada. En casos que se permita complementar una lactancia materna exclusiva o complementaria se debe garantizar.



PÚBLICA

**Decisiones:** Es importante el consumo de frutas y verduras diariamente en los hogares sustitutos incluidas en la minuta para hogares sustitutos.





| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Las familias sustitutas se comprometen a aumentar la ingesta diaria de frutas y verduras como modelo del plato saludable. Implementar el modelo de minuta para hogares sustitutos. | Familias y usuarios de los hogares sustitutos | permanente |

PUBLI

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

**Fecha de visita:** 31 03 2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | X | Discapacidad | X | Tutor | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Hogar de paso | Familiar | | Casa hogar | |
|---|---|---|---|---|

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion Social yo te cuido | Calle 1A # 5-52 | 3182411198 |

**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 |
|---|---|---|
| 27 01 2025 | Lucy Katalina Menezes. | 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.



Scanned with CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Hoyos | Osorio | Yudis Paola |
| | Identificación: 36288105 | | |
| Dirección: Transversal 4A #12 Sur -57 | | Tel. Fijo | Celular 3202433565 |
| Barrio: Juan Pablo II | | Correo electrónico: huguitos@gmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

| Seguimiento periódico | X | Plan Mejoramiento[2] | | Seguimiento extraordinario | |
|---|---|---|---|---|---|

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Fabian Guzman Quiza | 20-04-2001 | 1003880832 | 2370779342 | 11-02-2023 | D. Sexta Javier Cumbe |
| 2 | Pedro Jose Astudillo | 06-05 2006 | 1077276734 | 2359182 | 02-07-2021 | D. Sexta Javier Cumbe. |
| 3 | Emmanuel Santiago Males | 18-08 2011 | 1082580358 | 2300570 | 31-10-2024 | D. Tercera Cristina Melina. |
| 4 | José Camilo Ipagan | 23-05 2008 | 1083887626 | 2359457589 | 11-12-2024 | D. Sexta Javier Cumbe. |

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



Scanned with CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




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

Scanned with CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Documentación al día, se encuentra estudiando menor Pedro José.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



Scanned with CamScanner

| | 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:**

Emmanuel es el único usuario que recibe encuentros biológicos. Todos realizan prácticas de autocuidado, reciben atenciones por el equipo psicosocial y están en buenas condiciones tanto de salud como en otras.

## 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 | ✓ | | ✓ | | | X | ✓ | X | | |
| Documento de Identidad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Boletines Escolares – del periodo actual cursado | | X | / | X | | X | | X | | |
| Registro de Experiencias –con fecha de último registro | X | | X | | X | | X | | | |




Scanned with CamScanner

**Observaciones:**

Documentacion completa. Sin observaciones.

| 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 usaban con dotacion escolar, personal, básica y aseo e higiene personal. Menos el joven pedro jose.

| 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.




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

Scanned with CamScanner

**Observaciones:**

Durante la visita se deja constancia que Mara Yuleis es una madre dedicada, y muy Comprometida con los usuarios a cargo. la Documentacion de ella se encuentra actualizada.

**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 | N/A | SI | SI | SI |




Scanned with CamScanner

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Espacio de estar | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si |

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

Todo se encuentra en orden y acorde
No se evidencia Observacion por
realizar.

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

Se encuentra en orden toda la documentación relacionada con los usuarios. Cabe resaltar que la madre sustituta demuestra un alto grado de compromiso, manteniendo su documentacion al día y actualizada, cumple con las citas y demas requerimientos necesarios de cada usuario. Garantizando el bienestar integral de los usuarios.



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

Scanned with CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Lucy Katalina Menezes. | Yudis Paola Hoyos. |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Katalina Menezes. | Yudis Paola Hoyos. |
| CC. 1007750847 TP. 1007750847 | CC. 36288105 |
| Celular: 3156777819. | Celular: 3202433565 |
| Correo electrónico: trabajosocialpaola@gmail.com | Correo electrónico: huyuelos@gmail.com |

**Notas:**

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




Scanned with CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 31-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yudy Paola Hoyos.

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katalina Henetes.

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

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

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

Observacione de la Madre Sustituta: Felicitaciones.

Yudy Paola Hoyos.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | 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:** | 31-03-2025 |
| **MADRE SUSTITUTA:** | Yudis Paola Hoyos |

## 2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

| ELEMENTOS | CANTIDAD | ESTADO |
|---|---|---|
| Cama | 3 | B. Estado |
| Cama cuna | NIA | / |
| Cuna | NIA | / |
| Corral | NIA | / |
| Colchón | 3 | B. Estado |
| Colchón cama cuna | NIA | / |
| Cómoda | 3 | B. Estado |
| Ventilador | 1 | B. Estado |
| Coche | NIA | / |
| Almohadas | 6 | B. Estado |
| Cubrelechos | 6 | B. Estado |
| Sabanas | 6 | B. Estado |
| Protector de colchón | 3 | B. Estado |
| Toldillo | NIA | / |



Scanned with CamScanner

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Sin observaciones. |

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Yudis Paola Hoyos.

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Katalina Menezes.



Scanned with CamScanner

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

**LISTA DE CHEQUEO**

**VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.**

Nombre responsable unidad de servicio: Yudis Paola Hoyos

Dirección: Transversal 4A #12 Sur-57 / Juan Pablo II

| No. | Condiciones habitacionales | Cumple | No cumple |
|---|---|---|---|
| 1 | Sin goteras. | X | |
| 2 | Sin grietas. | X | |
| 3 | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos. | X | |
| 4 | Puerta seguras y con buen mantenimiento. | X | |
| 5 | Sin humedad. | X | |
| 6 | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas. | X | |
| 7 | Ventilación e iluminación natural. | X | |
| 8 | No debe haber olores fuertes o desagradables. | X | |
| 9 | Baños con adecuado sistema de agua y ventilación. | X | |
| 10 | Baños con puertas seguras. | X | |
| 11 | Sanitarios en perfecto estado. | X | |
| 12 | Espejos en perfecto estado. | X | |
| 13 | Las áreas deben estar en perfecto orden. | X | |
| 14 | No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas. | X | |
| 15 | Las escaleras no deben tener grietas. | X | |
| 16 | Las escaleras deben tener pasamanos. | X | |
| 17 | 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 | |
| 18 | Los balcones deben tener protección. | X | |
| 19 | Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente. | X | |
| 20 | Los cables deben estar cubiertos. | X | |
| 21 | Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes. | X | |
| 22 | El techo debe ser seguro, sin riesgos. | X | |
| 23 | Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes. | X | |
| 24 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad. | X | |
| 25 | Paredes limpias. | X | |
| 26 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 27 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | X | |
| 28 | 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 | |
| 29 | 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 | |
| 30 | Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | X | |
| 31 | Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 32 | Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 33 | Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 34 | Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 35 | Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 36 | Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 37 | Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 38 | Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 39 | Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave. | X | |
| 40 | La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 41 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | X | |
| 42 | En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES: Comple.
Sin observaciones.

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Lucy Katalina Menezes | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Yudis Paola Hoyos. |
| Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina Menezes. | Firma de la persona que recibe la visita: Yudis Paola Hoyos. |
| C.C. 1007750847 T.P. 1007750847 | C.C. 36288105 |
| Celular: 3106777819. | Celular: 3202433565 |
| Correo electrónico: trabajosocial.pichilla@gmail.com. | Correo electrónico: huequitos@gmail.com. |

Scanned with CamScanner

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°*03*** | |
|---|---|
| **Hora: 11:30 am** | **Fecha:** 21 de Marzo del 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:** | Formular en articulación garantías colectivas dirigidas a las familias biológicas, que tiendan a deconstruir los patrones culturales que afianzaron la reproducción de hechos que llevaron al motivo de ingresos de los niños, niñas y adolescentes al programa. |

**Agenda**:

- **Socialización temática.**
- **Taller**
- **Evidencia fotográfica**

**Desarrollo:**

El día 21 de Marzo en las instalaciones de la Fundación Social Yo Te Cuido del Municipio de La Plata, se realizó la socialización del tema “Garantía de no repetición” con los progenitores de usuarios que tienen autorizado por las Autoridades Administrativas.

Inicialmente se dio a conocer que la garantía de no repetición en padres de familia es un compromiso formal y ético dirigido a evitar la repetición de situaciones que vulneren los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Este principio se aplica en contextos de protección infantil, prevención de la violencia intrafamiliar y fortalecimiento de la crianza positiva.

La garantía de no repetición es un principio fundamental en la protección de los derechos de la infancia y adolescencia. Su objetivo es prevenir la reincidencia de conductas que puedan vulnerar la integridad física, emocional o psicológica de los menores, promoviendo la adopción de prácticas de crianza basadas en el respeto, el diálogo y la resolución pacífica de conflictos.

La garantía de no repetición puede aplicarse en diversas situaciones, tales como:

- **Casos de violencia intrafamiliar:** Cuando se ha identificado maltrato físico, psicológico o negligencia hacia los hijos.
- **Incumplimiento de deberes parentales:** Situaciones en las que los padres no han garantizado la educación, alimentación o bienestar emocional de los niños.
- **Procesos judiciales o administrativos:** En casos donde las autoridades han intervenido por denuncias de vulneración de derechos.
- **Talleres y programas de formación:** Como parte de iniciativas de prevención y fortalecimiento de la parentalidad positiva.

Se da a conocer a las familias participantes que durante el Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos de cada usuaria deben comprometerse a

1. **No reincidir en acciones que afecten negativamente a sus hijos.**
2. **Promover un ambiente familiar basado en el respeto y el buen trato.**
3. **Participar en programas de formación y orientación para mejorar la crianza.**
4. **Aceptar el monitoreo y seguimiento por parte de las entidades de protección.**
5. **Acatar las medidas establecidas por las autoridades para garantizar el bienestar de los niños, niñas y adolescentes.**

PÚBLICA

Este compromiso no solo protege a los niños, sino que también fortalece el rol de los padres, promoviendo una convivencia sana y armoniosa en el hogar. Es una oportunidad para transformar patrones negativos y construir relaciones familiares basadas en el respeto y el amor.

En conclusión garantía de no repetición es una responsabilidad esencial que los padres asumen para evitar la reincidencia de conductas que puedan vulnerar los derechos de sus hijos. Este compromiso no solo protege a los niños, niñas y adolescentes, sino que también promueve una convivencia familiar basada en el respeto, la comunicación y el amor.

Es fundamental que los padres tomen conciencia de cómo sus acciones impactan el desarrollo emocional y psicológico de sus hijos. Adoptar estrategias de crianza positiva, fomentar el diálogo y evitar cualquier forma de violencia o negligencia son pasos clave para construir un hogar seguro y armonioso.

El verdadero cambio comienza con la reflexión y la voluntad de mejorar. La garantía de no repetición no debe verse como una obligación impuesta, sino como una oportunidad para fortalecer el rol parental y transformar la educación de los hijos en un proceso basado en el afecto y la comprensión.

En este sentido, el compromiso de los padres debe ir acompañado de un seguimiento continuo, apoyo de profesionales cuando sea necesario y una actitud abierta al aprendizaje y la mejora constante. Solo así se podrá garantizar un entorno donde los niños crezcan felices, seguros y con las herramientas necesarias para convertirse en adultos emocionalmente saludables.

**Evidencias Fotográficas:**





| Compromisos / tareas | Responsables | Fechas |
|---|---|---|
| Continuar fortaleciendo en las familias bilógicas el reconocimiento de los deberes que deben asumir en los diferentes procesos de cada niño, niña y/o adolescente, mediante talleres formativos. | Profesionales Fundación Social Yo te cuido. | Permanente |

| **FIRMA ASISTENTES** | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| Cristian Camilo Arias Arias | Trabajador Social | Fundación Social Yo te cuido |  |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | Abril | Por establecer | Fundación social yo te cuido sede La Plata |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Cristian Camilo Arias Arias | | |
| | | | |

PÚBLICA

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3 | |
|---|---|
| **Hora: 04:00 PM** | **Fecha:28 DE MARZO DE 2025** |
| **Lugar:** | Fundación social yo te cuido – sede GARZON |
| **Dependencia que Convoca:** | Modalidad Hogar sustituto |
| **Proceso:** | Misional – protección – restablecimiento de derechos |
| **Objetivo:** | Formular en articulación garantías colectivas dirigidas a las familias, que tiendan a deconstruir los patrones culturales que afianzaron la reproducción de hechos que llevaron al motivo de ingreso a los niños, niñas ya adolecentes. |

**Agenda**:

1. Saludo a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.
2. Contextualización sobre Garantías de No Repetición
3. Cierre de la actividad

**Desarrollo:**

**Momento 1 Saludo y presentación, a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.**

Se inicia brindando un saludo especial por parte del talento humano del municipio de Garzón a cargo de Carlos Andrés Cuenca Rojas (GC) quien es el encargado de dirigir la actividad.

**Momento 2:** Contextualización sobre Garantías de No Repetición

En la jordana de fortalecimiento familiar se trabajó en el espacio de la fundación social "YO TE CUDO" con sede Garzón huila, en el que Se realizó una introducción sobre la importancia de la garantía de no repetición en el marco de la protección infantil, esto con el fin de que se pueda desarrollar entornos favorables para los usuarios ubicados en la modalidad que se encuentra en restablecimiento de derecho.

En el espacio se les indica sobre la importancia de que estas son medidas diseñadas para evitar que se repitan violaciones a los menores de edad, para esto se sensibiliza frente a las causas y



Scanned with CamScanner

consecuencias las cuales es importante general las acciones que causaron que el primogénito de los participantes del espacio estuvieron en la modalidad, como también a general espacio de reflexión sobre el rol como cuidadores y que puedo hacer para no volver a recaer en los hecho de repetición.

Seguidamente se le sensibilizar sobre la importancia de general espacios armoniosos los cuales son general espacio de fortalecimiento y vínculos con los distintos usuarios fomentando un entorno que propague una disciplina positiva.

Una de las recomendaciones dadas fueron las siguientes:

- Fortalecer la comunicación: esto buscando la validaciones de las emociones de los niños, niñas y adolescentes.
- Garantizar bienestar: empezar a desarrollar afecto, alimentación adecuada, educación y demás necesidades del usuario.
- Empezar a buscar ayuda profesional: si se entiende que tiene dificultades de desarrollar entornos positivos empezar a desarrollar estrategias con profesionales.
- Establecimiento de normas y límites claros: esto permitirá un entorno con límites y normas de convivencia.

Como cierre se les indica que una de las garantías que son; la implementación de mecanismos de supervisión y apoyo a las familias para prevenir situaciones de riesgo hacia los usuarios, fortalecimiento a las rutas de denuncias y protección, también se aborda sobre las normas y medidas de protección de los menores. Esto con el fin de asegurar que las familias biológicas de los niños que están bajo esta modalidad reciban el apoyo necesario para prevenir la repetición de los factores que llevaron a cabo la vulneración de los derechos de los menores.

De esta misma forma los padres adquirieron compromisos en el fortalecimiento de sus habilidades parentales, las cuales deben de asistir de manera puntual y los fortalecimientos familiares como



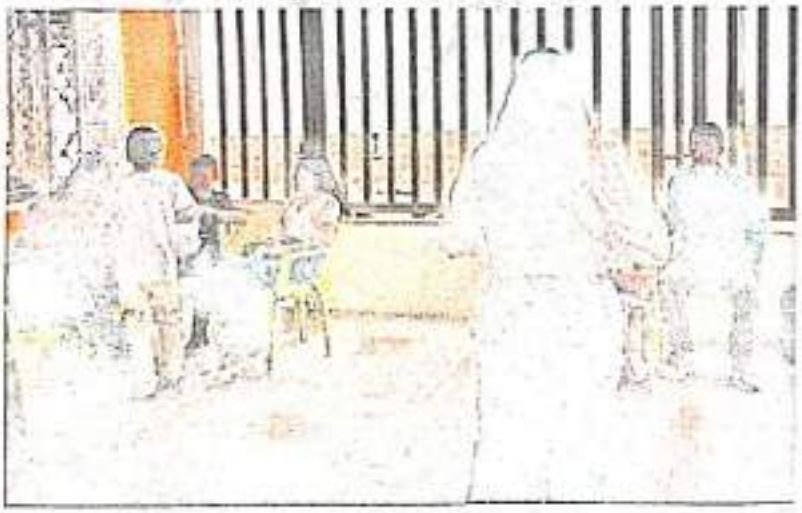
Scanned with CamScanner

también estar pendiente del proceso de restablecimiento de derechos, empezar a fortalecer y fomentar estrategias de crianza positiva y por ultimo gestionar entornos positivos para los usuarios.

**Momento 3: Cierre de la actividad**

La jornada termino resaltó la importancia del compromiso de los padres biológicos para garantizar la protección y bienestar de sus hijos. Se recordó que el ICBF y otras entidades seguirán acompañando y brindando apoyo en este proceso. Finalmente, se invitó a los asistentes a continuar participando en futuras sesiones de capacitación. Agradeciendo a los padres de familia por su participación y colaboración para el desarrollo de la actividad.

**Evidencia fotográfica.**





Scanned with CamScanner





| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| *Seguir realizando promoción de la modalidad.* | *Equipo de la fundación social "Yo Te Cuido"* | *28 /03/2025* |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Karen Yesenia Alvarez | Trabajadora Social | Yo te cuido | Karen Yesenia Al |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | Por definir | Por definir | Por definir |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Karen Yesenia Álvarez Caicedo | | |



Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

| | |
|---|---|
| FR-PI-MI | 12/09/2024 |
| Versión 6 | Página 1 de 1 |
| Clasificación de la información: Pública | |

ACTIVIDAD:

FECHA

HORA INICIAL:

HORA FINAL:

LUGAR

DEPENDENCIA LIDER: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO -FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | AM |
| 1 | Norma chavez | 1077851920 | mamá | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | Norma chavez |
| 2 | Yhorleny Gomez | 1192890[illegible] | mama | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3208418021 | - | Yhorleny Gomez. |
| 3 | Johan Aguilar | 1082515[illegible] | madre | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3132710651 | - | Johan Aguilar |
| 4 | Hubert chantre | 4-690908 | Aital | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3205207760 | - | Hubert |
| 5 | mamipla mona | | | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3205207760 | - | mamiPla |
| 6 | Marco Yaquino | 83227[illegible] | papa | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3143151057 | - | Marcos Yaquino |
| 7 | Hermano Parra | | Papi | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 320246[illegible] | - | Hermano |
| 8 | Maria Daisy Cuya Trocha | | Mamá | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3132491011 | - | Maria CT |
| 9 | Ana Montalla | | Mama. | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3224022025 | - | Ana Montalla. |
| 10 | Pastor Goez | | Papá | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3224022025 | - | Pastor Goez. |
| 11 | | | | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 12 | | | | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 13 | | | | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 14 | | | | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 15 | | | | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 16 | | | | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 17 | | | | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |

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

Scanned with CamScanner

**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**
Cecilia De la Fuente de Lleras
**Regional Huila**
**Centro Zonal La Plata**
**Clasificada**

BIENESTAR FAMILIAR

## BOLETO DE EGRESO

**PARA:**

**INSTITUCION:** FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

**DIRECCION:**

**MUNICIPIO:** LA PLATA

**DEPARTAMENTO:** HUILA

**ASUNTO:** EGRESO MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO

Atentamente me permito informar a usted sobre el egreso del siguiente beneficiario:

**NOMBRES Y APELLIDOS: VALERY YULITZA ENCISO BRICEÑO**

**TIPO Y No. DE DOCUMENTO:** T.I. No. 1074190533

**No. DE PETICION SIM:** 1764208228

**SERVICIO:** ACOGIMIENTO FAMILIAR - HOGAR SUSTITUTO ONG - VULNERACIÓN

**MOTIVO DE EGRESO:** REUNIFICACIÓN

**FECHA DE EGRESO:** 13 DE MARZO DE 2025

**DATOS DEFENSOR DE FAMILIA:**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** ELIANA MERCEDES ALVAREZ MUÑOZ

**REGIONAL / CENTRO ZONAL:** HUILA – LA PLATA

**ELIANA MERCEDES ALVAREZ MUÑOZ**
Defensora Segunda de Familia
ICBF Centro Zonal La Plata

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 002 | | |
|---|---|---|
| **Hora: 3:30 PM** | **Fecha: 21-03-2025** | |
| **Lugar:** | *SEDE ADMINISTRATIVA YO TE CUIDO PITALITO* | |
| **Dependencia que Convoca:** | *FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO GESTOR DE CASO* | |
| **Proceso:** | *MISIONAL – PROTECCION – RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS* | |
| **Objetivo:** | *Cuidar y velar por la protección de niñas, niños y adolescentes, para que todos aunemos esfuerzos en contra de cualquier tipo de violencia que pueda afectarles* | |

**Agenda:**

- SALUDO DE BIENVENIDA
- INFORMACION GENERAL
- DESARROLLO TEMATICA PROPUESTA
- CIERRE TEMATICA
- COMPROMISOS

**SALUDO:**

Se da inicio al **encuentro formativo** dirigido a padres, madres biológicas y la red familiar extensa, en el marco de la jornada de encuentros biológicos desarrollada entre el **20 y el 21 de marzo**. Durante la apertura, se ofrece un cálido saludo de bienvenida con el propósito de fortalecer los lazos de confianza y generar un espacio acogedor, propicio para la interacción. Este ambiente favorece la participación activa de los padres biológicos, usuarios y profesionales, asegurando que todos se sientan cómodos y en disposición de compartir.

**Información general:** Las garantías de no repetición son medidas destinadas a prevenir la repetición de hechos que vulneraron derechos. Se aplican en contextos de justicia, protección infantil y derechos humanos, asegurando cambios estructurales y compromisos concretos para evitar futuras afectaciones. Incluyen reformas legales, formación, supervisión y medidas de protección para las víctimas.

**Desarrollo:**

En el marco de la programación de los encuentros biológicos, a lo largo de la jornada se lleva a cabo una sesión de sensibilización dirigida a madres, padres biológicos y la red familiar extensa vinculados a los procesos PARD de los usuarios con autorización para dichos encuentros. En este contexto, el gestor de caso de la Fundación Social realiza un acercamiento para brindar información relevante sobre la temática propuesta para el mes de marzo.

**"GARANTIAS DE NO REPETICION"**

En Colombia, las garantías de no repetición son un conjunto de medidas adoptadas para evitar que se repitan vulneraciones de derechos contra niños, niñas y adolescentes. Estas garantías buscan generar transformaciones




Powered by CamScanner

estructurales y asegurar que las condiciones que permitieron la afectación de derechos no se reproduzcan en el futuro.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), junto con otras entidades del Estado, implementa acciones orientadas a la prevención y protección de los menores de edad, garantizando su seguridad y bienestar en contextos familiares y comunitarios. A continuación, se presentan los principales componentes de estas garantías:

1. Identificación y prevención de riesgos

- Fortalecimiento de sistemas de alerta temprana para detectar factores de riesgo que puedan llevar a la repetición de vulneraciones.
- Sensibilización a familias, comunidades y profesionales sobre la importancia de la protección infantil.

2. Reformas normativas y políticas públicas

- Implementación y fortalecimiento de leyes y normativas que protejan a la niñez y prevengan la repetición de situaciones de vulneración.
- Creación de protocolos y guías de intervención para garantizar respuestas efectivas ante casos de vulneración de derechos.

3. Medidas de protección y acompañamiento a víctimas

- Garantía de atención integral para niños, niñas y adolescentes afectados, incluyendo apoyo psicosocial, educativo y de salud.
- Implementación de programas de reintegración familiar segura en caso de que el retorno con la familia de origen sea viable y garantice la protección del menor.
- En casos donde la convivencia familiar no sea segura, se buscan alternativas de acogida en entornos protectores como hogares sustitutos.

4. Acceso a la justicia y sanción a los responsables

- Investigación y judicialización de quienes hayan vulnerado derechos, con el fin de evitar la impunidad.
- Implementación de mecanismos de reparación para las víctimas, asegurando su recuperación y protección a largo plazo.

5. Seguimiento y monitoreo continuo



Powered by CamScanner

- Evaluación constante de las medidas adoptadas para verificar su efectividad y realizar ajustes cuando sea necesario.
- Creación de redes de apoyo comunitario para garantizar la protección infantil en el entorno social y familiar.

Las garantías de no repetición buscan transformar las condiciones estructurales que originan la vulneración de derechos, promoviendo entornos seguros y protectores para la niñez en Colombia. Estas medidas no solo protegen a las víctimas, sino que también generan cambios a nivel social y estatal para evitar futuras afectaciones.

**EVIDENCIA FOTOGRAFICA:**










Powered by CamScanner

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Adriana Lucia Peña Arias. | Independiente. | | *Adriana Lucia Peña |
| Angelina Arias. | Ama de casa | | *Angelina Arias |
| Yaqueline Males. | Reacladora. | | *Yaqueline |
| Luis Roberto | Oficios Varios. | | *L.R. |
| Yerlin Murillo | Oficios Varios. | | *Yerlin Tatiana M. |
| Ana Lucia Urbano. | Oficios varios. | | *analucia urbano |
| Jhoana Paiva Perez. | Ama de Casa. | | *Jhoana Paiva |
| Jaime Alberto Reina. | Agricultor - Cafe. | | *Jaime Reina |
| Luz Angelica Ortega. | Ama de casa | | *Luz ortega |
| Blanca Nieves Bautista. | Ama de Casa. | | Blanca Bautista |
| Dilly Bravo. | Ama de casa. | | *Dilly paola Bravo |
| Ibis Ariadna Ceron. | Independiente | | *Ibis |
| Juan Carlos Arboleda | Agricultor. | | *Juan carlos |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Próxima reunión | Fecha | Hora | Lugar |
|---|---|---|---|
| | Por establecer fecha | Por establecer hora | Fundación social yo te cuido |

| Colaborador que elabora el acta: | KATALINA MENEZES -TRABAJADORA SOCIAL | | |
|---|---|---|---|
| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
| Katalina Menezes | Trabajadora social | Fundación social yo te cuido | Katalina M. |




Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 21-03-2025 | HORA: 3:30 |
| LUGAR: Fundacion Social Yo te Cuido | TEMA: Garantias de no repetición. |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Katalina Menezes. | |

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/06/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/06/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 21-03-2025 | HORA: 3:30 |
| LUGAR: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | TEMA: GARANTIAS DE NO REPETICION |
| DATOS DEL CAPACITADOR: KATALINA MENEZES. | |

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 21-03-2025 HORA: 3:30pm

LUGAR: Fundacion Salud yo te cuido TEMA: Generalidades de No radiación.

DATOS DEL CAPACITADOR: Katalina Meneses.

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/05/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 21-03-2025 HORA: 3:30 pm

LUGAR: Fundación Social Yo te cuido TEMA: Garantías de no repetición

DATOS DEL CAPACITADOR: Katalina Menesez

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-<br>01/06/2022<br>FECHA DE APROBACION:<br>01/06/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 21-03-2025 | HORA: 3:30 pm |
| LUGAR: Fundacion social yo te cuido | TEMA: Garantias de no repeticion |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Katalina Henao. | |

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

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

Powered by CamScanner

| | ANEXO 12.<br>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION CAPACITACION | VERSIÓN 1 FSYTC-0024-01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 21-03-2025 HORA: 3:30 PM

LUGAR: Fundación Social Yo te cuido TEMA: Garantes no Repetición

DATOS DEL CAPACITADOR: Katalina Mendez M.

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

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

Powered by CamScanner

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

| | |
|---|---|
| FECHA: 21 marzo 2025 | HORA: 3.30 |
| LUGAR: Fundacion yo te cuido | TEMA: Garantia no reelection |
| DATOS DEL CAPACITADOR: Catalina Mena IEJ | |

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

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

Powered by CamScanner

DD MM AA

1 marzo del 12 -

salud: Dianita, es una niña que a gozado de buena salud, el dia 12 de Febrero termino odontologia y le dieron control para el año, la doctora olvido digitar el nuevo control, le escribió a la pluma.

Higien: Es una nina muy aseada y ordenada.

Estudio: se le ve muy buen interes siempre esta realizando sus tareas. se le colabora con lo que ella requiere para su estudio.

Temor: no ser a ser mama, pero es una nina muy tranquita.

comportamiento: Es una niña noble obediente y respetuosa, se le recalca no aprender habitos de ghoano y vivi como el vocabulario; la familia le tenemos gran aprecio, es una niña agradecida.

Norma

Powered by CamScanner

12 marzo al 21

Salud: la niña Daniela a gozado de buena salud.

Alimentación: Es una niña que consume Todo clase de diminos con buena actitud. siempre agradeciendo.

ESTUDIO: El dia 20 de marzo asisti a el primpoime, donde la niña debia presentar unos trabajos para colocarse al dia, ya que entro un poco tarde al colegio, se firmaron compromisos para que los recupere.

en casa a estado realizandolos, se muestra comprometido con su estudio.

Comportamiento:

Es una niño con buenos modales, respetuosa. aunque aveces imita un poco a viviana se le pide que se debe aprender de las personas las cosas buenas

temor: Antes decia que no ver su mama a hora dice que le tiene temor a las celebra-

Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004448110

Powered by CamScanner

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3** | |
|---|---|
| **Hora: 8: 30 am** | **Fecha: 27-3-2025** |
| **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 a las familias sustitutas en la Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos ( tiempos de comida)** |

**Agenda**:

Saludo por parte de la Nutricionista

**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 la plata, la Nutricionista realizó intervención educativa para dar cumplimiento al tema del mes de marzo: **Lleva a tu plato 5 porciones al día de frutas y verduras para el aporte de adecuado de micronutrientes, minuta hogares sustitutos.**

**Objetivo:** Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.

Las frutas y verduras son importantes porque son fuente de nutrientes que ayudan al cuerpo a funcionar bien, crecer y desarrollarse. También ayudan a prevenir enfermedades y a mantener un peso saludable.

Beneficios de las frutas y verduras

- Fortalecen el sistema inmunológico
- Ayudan a prevenir la desnutrición
- Ayudan a prevenir enfermedades no transmisibles
- Ayudan a prevenir la obesidad y el sobrepeso
- Ayudan a los niños a crecer
- Apoyan el bienestar físico, mental y social

Recomendaciones de consumo

- La OMS recomienda consumir al menos 400 g de frutas y verduras al día
- La cantidad óptima depende de la edad, el sexo y el nivel de actividad física
- Se recomienda una dieta variada y un equilibrio entre los diferentes tipos de alimentos

PUBLICA

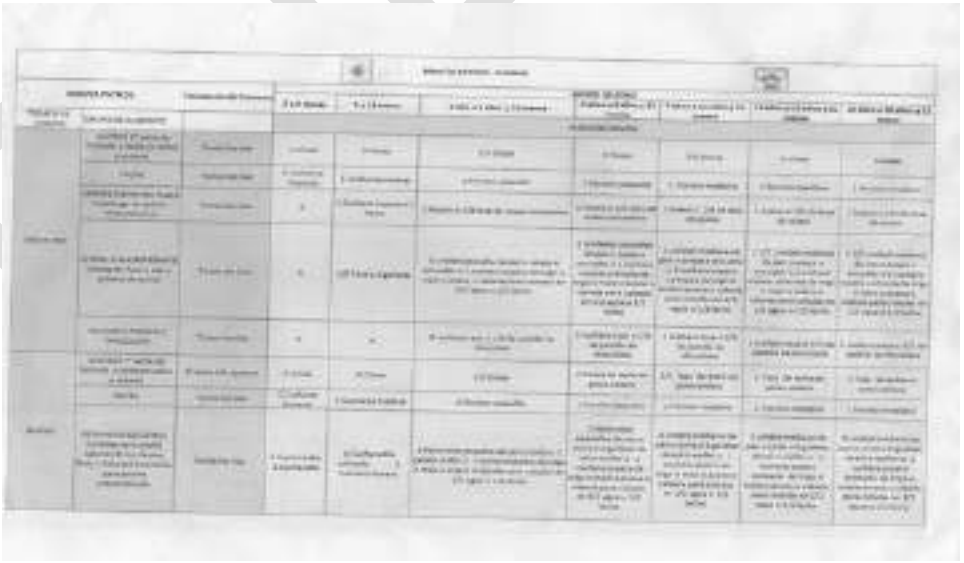
Consejos para consumir frutas y verduras

- Preferir frutas frescas y enteras
- Incluir frutas y verduras en las comidas y snacks
- Comenzar el día con una fruta natural o una ensalada de frutas
- Agregar verduras a las preparaciones cotidianas



Se socializa el modelo de minuta modelo para hogares sustitutos según grupos de edades.

Se resalta la importancia de garantizar los 5 tiempos de comidas: 2 refrigerios diarios, y en menores de 6 meses, dar una alimentación complementaria adecuada. En casos que se permita complementar una lactancia materna exclusiva o complementaria se debe garantizar.



PÚBLICA





**Decisiones:** Es importante el consumo de frutas y verduras diariamente en los hogares sustitutos incluidas en la minuta para hogares sustitutos.

| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Las familias sustitutas se comprometen a aumentar la ingesta diaria de frutas y verduras como modelo del plato saludable. Implementar el modelo de minuta para hogares sustitutos. | Familias y usuarios de los hogares sustitutos | permanente |

PÚBLICO

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

**Fecha de visita:** 30/08/2025

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

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion social yo te cuido | Cll 7N.2E-03 B/ Santa Clara | —o— |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Karen Yesenia Al. | 1004442110 | 3138249598 |

**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 |
|---|---|---|
| 28/08/2025 | Karen Yesenia Alvarez | 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 dia sábado.




Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Almario | Calderon | Maryam |
| | Identificación: 26991705 | | |
| Dirección: Cr 5 N 6-53 | | Tel. Fijo 6088335922 | Celular 3118337233 |
| Barrio: Centro | Correo electrónico: maryamalmario68@gmail.com | | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

| Seguimiento periódico [X] | Plan Mejoramiento[2] [ ] | Seguimiento extraordinario [ ] |
|---|---|---|

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Angel David Trujillo | DD/MM/AA 19/08/20 | RC 1085190 78 | 2339 4540 | DD/MM/AA 20/12/22 | Defensoria de familia CZ Barrón |
| 2 | Lord y Johana Bualicedi | DD/MM/AA 02/10/10 | 1076508058 | 2335 1697 | DD/MM/AA 13/12/29 | Defensoria de familia CZ Barrón |
| 3 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |
| 4 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

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



Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Angel David no se encuentra vinculado al sistema de educación formal, se encuentra en educación parcial primera infancia, lo cual no realizan seguimiento al desempeño escolar, y debido a su edad y etapa de desarrollo no se encuentra realizando

**4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:** proyecto de vida.

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



Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Angel no cuenta con encuentros prolongados ya que se encuentra en estado de 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 | | | | | | | |




Powered by CamScanner

**Observaciones:**
la documentacion se encuentra al dia Segun las acciones que se han adelantado en favor de ellos.

| 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 dotacion se encuentra al dia y acorde a las necesidades de los usuarios.

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

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



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

la documentación de la madre sustituta se encuentra al día. Por otro lado se evidencia disposición y receptividad en la visita por parte de la madre sustituta. Pide a la fecha manifestar los diversas situaciones de cada uno de los usuarios.

**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 resbalosos, sin | Ventilación e iluminación 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 |




Powered by CamScanner

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

Las condiciones habitacionales son optimas para la protección del escenario.

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

A la fecha no se establecen 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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

CLASIFICACIÓN

Powered by CamScanner

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3** | |
|---|---|
| **Hora: 2: 30 pm** | **Fecha: 27-3-2025** |
| **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:** | **Capacitar a las familias sustitutas en la Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos ( tiempos de comida)** |

**Agenda**:

Saludo por parte de la Nutricionista

**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 marzo: **Lleva a tu plato 5 porciones al día de frutas y verduras para el aporte de adecuado de micronutrientes, minuta hogares sustitutos.**

**Objetivo:** Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.

Las frutas y verduras son importantes porque son fuente de nutrientes que ayudan al cuerpo a funcionar bien, crecer y desarrollarse. También ayudan a prevenir enfermedades y a mantener un peso saludable.

Beneficios de las frutas y verduras

- Fortalecen el sistema inmunológico
- Ayudan a prevenir la desnutrición
- Ayudan a prevenir enfermedades no transmisibles
- Ayudan a prevenir la obesidad y el sobrepeso
- Ayudan a los niños a crecer
- Apoyan el bienestar físico, mental y social

Recomendaciones de consumo

- La OMS recomienda consumir al menos 400 g de frutas y verduras al día
- La cantidad óptima depende de la edad, el sexo y el nivel de actividad física
- Se recomienda una dieta variada y un equilibrio entre los diferentes tipos de alimentos

PUBLICA

Consejos para consumir frutas y verduras

- Preferir frutas frescas y enteras
- Incluir frutas y verduras en las comidas y snacks
- Comenzar el día con una fruta natural o una ensalada de frutas
- Agregar verduras a las preparaciones cotidianas



Se socializa el modelo de minuta modelo para hogares sustitutos según grupos de edades.

Se resalta la importancia de garantizar los 5 tiempos de comidas: 2 refrigerios diarios, y en menores de 6 meses, dar una alimentación complementaria adecuada. En casos que se permita complementar una lactancia materna exclusiva o complementaria se debe garantizar.



PÚBLICA






**Decisiones:** Es importante el consumo de frutas y verduras diariamente en los hogares sustitutos incluidas en la minuta para hogares sustitutos.

| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Las familias sustitutas se comprometen a aumentar la ingesta diaria de frutas y verduras como modelo del plato saludable. Implementar el modelo de minuta para hogares sustitutos. | Familias y usuarios de los hogares sustitutos | permanente |

PUBLICA

estuvo muy tranquila y feliz.
Cuando llego no se vio afectada x la visita.
El domingo la pasamos en la casa viendo TV y co-
miendo helado en la tarde

Karen Yesenia Alvarez
Trabajadora Social
28/02/2025

Del 24 de Febrero al 02 de Marzo de 2025
Se encuentra muy contenta estudiando es una niña juicio-
sa, atiende órdenes, colabora en casa.
Comparte muy bien con todos en la casa sin ningún
problema.
Hace sus tareas del colegio, come y duerme muy bien
El fin de semana la pasamos en casa viendo TV.

Del 03 al 09 de Marzo de 2025
Sigue asistiendo al colegio sin ninguna novedad llega
y hace sus tareas y trabajos

Tarea | Día | Mes | Año | ESTILO

Comparte con los miembros de la casa en una noche. Aún no se ha podido completar las atenciones médicas porque no han solucionado el problema de la paternidad que está a cargo de la Comisaría y la Fundación.
El fin de semana la pasamos en casa viendo TV y comimos helado delicioso.

Ella come y duerme muy bien sin ningún problema.

Del 10 al 16 de Marzo de 2025
Continua asistiendo al colegio sin ninguna novedad.
Recibió visita x parte de la Comisaría de Familia del Pital y le dió algunas recomendaciones y la encontró en buenas condiciones.
El viernes recibió visita de su familia, contó que le mitó el celular a la mamá potra con el padastro y eso le molestó dijo que la mamá lo prefería a él a pesar de todo lo sucedido. X esta razón llegó triste.
El domingo fuimos a la Jagua y disfrutamos de un delicioso asado.

Notas

Del 17 al 23 di maizo di 2025

Cantinua anistendo al coligio sin ninguna nauidad.

Es una niña muy juiciosa en el estudio, colaboiadora en las labaes di la casa.

Se encantia anistundo a Cultivate la dios mates y juun y es algo que está disfiutando paque le gustan las manualidades.

El fin di semana estavo muy juiciosa estudando y mpanando. Tambien vendo TV no salió x que estavo con tos y gripa.

Del 24 al 30 di Maizo di 2025

Cantinua anistundo al coligio muy juiciosa haando sus talles y tiabajos.

El viernes tuvo encuentro biológico del cual vino algo tiiste paque el papá y la mamá se pusieron a discutir en pimuncia di ella x el tema del padiastio y ella no le gusta ni que se lo muncionen.

Creo que falta apoyo x paite del equipo estar pendiente di las encuentros con mlacion en estos temas

Tema | ESTILO

El sábado y domingo estuvimos en la Toquia celebrando el cumpleaños de Fanny donde disputamos de tenis, anado también fuimos a misa.

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3 | |
|---|---|
| **Hora: 03:00 PM** | **Fecha: 12 DE MARZO DE 2025** |
| **Lugar:** | Fundación social yo te cuido – sede GARZON |
| **Dependencia que Convoca:** | Modalidad Hogar sustituto |
| **Proceso:** | Misional – protección – restablecimiento de derechos |
| **Objetivo:** | adquirir herramientas de fortalecimiento de la autoestima y la confianza en si mismas como madres sustitutas. |

**Agenda:**

- Saludo a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.
- Técnicas de disciplina positiva
- Cierre de la actividad

**Desarrollo:**

**Momento 1 Saludo y presentación, a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.**

Se inicia brindando un saludo especial por parte del talento humano del municipio de Garzón a cargo de Carlos Andrés Cuenca Rojas (GC) quien es el encargado de dirigir la actividad.

**Momento 2:**

Durante el taller, se abordaron diversas técnicas de disciplina positivas las cuales permiten a las madres sustitutas fomentar un ambiente de respeto y comprensión hacia los usuarios que llegan a las unidades de servicio para esto se le sensibilizo brindo técnicas las cuales contribuye en el desarrolla un ambiente positivo.

Para esto se sensibiliza frente A:

- **Fomentar la conexión y el vinculo emocional:** en la que consiste en la necesidad de tiempo de calidad para fortalecer la confianza, dedicar tiempo de calidad a los niños para




Scanned with CamScanner

fortalecer la confianza, Usar el contacto visual y el lenguaje corporal afectuoso y por último validar las emociones y ayúdales a expresarlas.

- **Eestablecer normas y límites claros:** Consiste en que se puede establecer reglas con un lenguaje positivo y accesible. Asegurarse e de que los niños comprendan las consecuencias de sus acciones y por último de mantén la coherencia y firmeza sin recurrir a la imposición.
- **Reforzar el comportamiento positivo**; para esto se busca usar el refuerzo positivo como lo son elogios, reconocimiento y privilegios, motivar a los niños a los desafíos y recompensas simbólicas no materiales.

A la hora del cierre se explica los beneficios de propagar estos temas en las unidades de servicio ya que se empiezan a desarrollar autonomías, autoestima, se fortalece los canales de comunicación y la confianza lo que permite conectar con los distintos niños, Reducir conflicto y mejorar la convivencia. Por ultimo todo esto fomenta la empatia hacia la construcción de personas las cuales contribuyan en la construcción de una sociedad.

**Momento 3: Cierre de la actividad**

La jornada termino agradeciendo a las madres sustitutas por su participación y colaboración en el desarrollo de la actividad. Cuando se indago sobre las preguntas no expusieron ninguna y se proceden a retirarse del espacio.

**Evidencia fotográfica.**



Scanned with CamScanner







| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| *Seguir realizando promoción de la modalidad.* | *Equipo de la fundación social "Yo Te Cuido"* | *12 /03/2025* |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Carlos Andres Cuenca Rojas | Gestor Social | Yo te cuido | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | Por definir | Por definir | Por definir |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Carlos Andres Cuenca Rojas. | | |




Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

| | |
|---|---|
| FEF1-M | 12/06/2024 |
| Versión 8 | Página 1 de 1 |
| Clasificación de la Información: Pública | |

ACTIVIDAD:

FECHA:

HORA INICIAL:

HORA FINAL:

LUGAR:

DEPENDENCIA LIDER:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | FIR |
| 1 | ANA MILENA FRAGUA POVEDA | 55057486 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 2 | ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS | 55062718 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3213564986 | - | |
| 3 | CLARA INES ROJAS CUMBE | 55070654 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3214287304 | - | |
| 4 | FANNY CEDIEL DE FERNANDEZ | 26491930 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 5 | MARLENY FRAGUA POVEDA | 26491004 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3118522212 | - | |
| 6 | MIRYAM ALMARIO CALDERON | 26491705 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 7 | OLGA LUCIA TRIANA CASAS | 26500580 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 8 | ONEIDA SUAREZ ANDRADE | 55066773 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3206985504 | - | |
| 9 | PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA | 55065021 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3157306371 | - | |
| 10 | VIANEY GALINDO | 1122722965 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 11 | YENNY MARCELA SIERRA ROJAS | 55065580 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3202615525 | - | |
| 12 | STEFANY GUEVARA GARCES | 1077852619 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3228122465 | - | |
| 13 | MIREYA CRUZ VALENZUELA | 52955117 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3122018410 | - | |

Recuerde imprimir este documento... gracias en el medio ambiente!

Scanned with CamScanner

Del 22 de Diciembre al 28 de Dic/24

Alimentación = Yoser come muy bien de todo y lo poco q' no le gusta se lo combinamos con otro alimento y así sí se lo come como el brocolí.

- Higiene: Continúa con su rutina de baño y le gusta.
- Sueño: Duerme al medio día 1 hora y en las noches pasa de recondo no molesta.
- Recreación: Juega y comparte con sus hermanitos y demás niños, es muy tierno y le gusta estar con ellos jugando.
- Temores: Al dormir y apagar la luz llora un poco luego se calma al ver q' estoy con ellos
- Apego = Cuando Yeud sale llora un poco
- Salud: Esta bien de Salud, aún no le sale cabello donde tuvo los abcesos. La tos pasó. y al momento esta bien.

Del 29 de Diciembre /24 al 4 de Enero /25

- Alimentación: Esta semana comio muy bien de todo.
- Higiene: Esta muy juicioso bañandos y cepillandose. y disfruta de los baños pues pega un rato con el agua.
  Se baña al Inicio dd dia luego dd desayuno y luego de la cena para ir a dormir tambien lo bañamos. para q' duerma fresco.

• Sueño: Ha dormido durante la semana muy bien.

• Recreación: Ha disfrutado de las salidas y compartió con otros niños el fin de año, es muy sociable y se adapta con facilidad. Juega y comparte los juguetes q le dieron en Navidad.

• Temores: Al dormir.

• Apegos: Cuando Yeid sale llora un poco y cuando yo salgo.

• Salud: Por esta semana con lluvia al amanecer tose un poco. De resto esta bien de salud.

Del 5 De Enero al 11 de Enero /25

• Alimentacion: Come bien, le gusta todo menos esta semana le hicimos hamburguesas y no le gustó. No se la comió debimos combinarsela entre otros alimentos y así la recibió, lo mismo ocurre con las ensaladas, no las recibe solas. Hay que combinarlas.

• Higiene: Continúa con sus rutinas de baño, es muy juguetón al bañarse y disfruta cepillar.

• Sueño: Duerme bien en las noches al amanecer tose un poco.

• Recreación: Es un niño que interactua con los demás niños, juega y comparte

• Temores: Al dormir. al apagar la luz llora.

• Apego: Cuando alguno de los dos salimos llora.

• Salud: Ya le está empezando a salir cabello en las partes donde tuvo el absceso. En general esta bien de salud.

Del 12 de Enero al 18 de Enero 2025

• Alimentación: Continúa comiendo muy bien. de todo, menos la ensalada de batavia. Se la combinamos con el arroz y así se la come. Se deja alimentar.

• Higiene: Es muy juicioso a la hora del baño y del cepillado. Le gusta y disfruta del baño

• Sueño: Duerme en el día, 40 minutos, y en la noche, pasa de recondo hasta el otro día. No molesta en las noches.

• Recreación: Juega y comparte con sus hermanos y demás niños, es muy sociable. le gusta salir.

• Temores: Al dormir y apagar la luz llora un rato.

• Apego: Cuando Yaid sale llora un rato

• Salud: Esta muy bien de Salud. Seguimos en la espera y enviando correos cada semana solicitando el traslado de su EPS y solicitando el registro civil legible para poderlo matricular. Ya está empezando a salirle cabello en la park afectada.

Del 19 de Enero 7es al 25 de Enero 7es

- Alimentación= Come muy bien de todo.
- Higiene= Continúa con sus rutinas de Aseo es muy lucidora y le gusta.
- Sueño: Esta semana se ha despertado dos veces en la noche debo ir a acompañarla
- Recreación: Juega y disfruta cada momento. Se ha entendiado lo a ha enseñado, le gusta correr,
- Temores: Al dormir llora un poco, aquel q su hermana debo acompañarlos hasta q se duerman.
- Apego= Cuando salimos alguno de los dos.
- Salud= Continúa saliendole cabello en la zona donde tuvo el acceso. Cuenta con buena salud.

Laura Fernández S.
Psicóloga
T.P: 219284

29 de Enero 2025

"Encuentro Biológico"

Llevamos a los hermanos Martínez Arias a las 9:00 AM. a la fundación.
A las 12:20 los recogimos.

En el transcurso al llegar a casa estuvieron muy contentos.
Almorzaron muy bien se comieron todo.
En el transcurso de la tarde realizaron las actividades y rutinas de aseo como es

Constumbre. Se evidencia que no tuvieron ninguna afectacion emocional al encuentro biológico.
Joser5 Compartió, lugó y comió, como todos los días. En Joser5 no se noto ningún Cambio. Estuvo muy normal como todos los días.

Karen Yarenis Ap
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. llora un poco pero se calma al verme en la habitación.

• Apego: Cuando a veces salimos. llora 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 acetamino-

fen Gripe y le pasó, gracias a Dios se le controló y no le volvió a dar. De la peso Daniela si 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. Disfruta.

• Sueño: Duerme en el día 1 hora a media día y en la noche duerme de recomida.

• Recreación: Todo los juegos los disfruta

• Temores: Al salir uno de los dos a veces llora.

• Salud: Yoser al igual a sus hermanitos esta semana presento un episodio de fiebre el cual se le controló, y no avanzo a sintarse de gripa. Al día de hoy se encuentro bien de salud.

Del 9 de febrero /25 al 15 de febrero /25

• Alimentación: Durante toda la semana comió muy bien de todo.

• Higiene: Le gusta mucho el agua entonces disfruta mucho de los rutinas de baño, uno en la mañanita y el otro al ir a dormir.

sueño: Duerme muy bien toda la noche y en el día duerme una hora antes o después de almorzar.

• Recreación: Juega y comparte con sus hermanitas y demás niños.

• Temores: Cuando dejamos de los dos salimos a veces llora. Al apagar 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: Duerme bien en el día una hora y durante toda la noche de recondo.

• Recreación: Juega y comparte, Ya inicio en el kinder y la profesora dice q' es muy activo.

• Temores: A la hora de dormir.

• Salud: Al finalizar la semana ha presentado secreción de flema nasal.
Hemos evidenciado q' las chanchas se las mete en la boca y las mástica al igual que otros objetos, trabajamos para quitarle ese hábito.

28 de febrero del 2025

"Encuentro Biológico"

Dejamos los hermanitos Martinez Arias en la fundación.
Al recibirlos podemos observar que:

Yoser estuvo atento a nuestras indicaciones, en el transcurso de la tarde ha estado tranquilo, alegre ha realizado actividades con nosotros bien, normal como lo es él. Pudo observar que Yoser no tuvo ninguna afectación emocional al encuentro con su mamá.

Karen Correa Ar
Trabajadora Social
28-02-2025

Del 23 de febrero /25 al 1 Marzo /25

• Alimentación: Esta semana ha comido muy bien de todo.

• Higiene: Continúa con sus rutinas de aseo. Se pone muy contento a la hora del baño

• Sueño = Ha dormido bien esta semana.

• Recreación: Es muy activo y alegre le gusta las salidas y compartir juegos con sus hermanos.

• Temores: A la hora de dormir

• Salud: El 26 de febrero se llevo a Yoser Arcenias de Maña Auxiliadora, ya que presenta fiebre diarrea y tenia secreción nasal y los

Se le tomó un cuadro Hemático y un laboratorio de coprológico.
El dignostico fue. Diarrea y Gastroenteritis de presunto Origen Infeccioso.
Se le recetó:
Acetaminofen (Jarabe) 150 mg/5 ML (3%)
Jarabe Frasco x 60 Dar 6cc vía oral cada 6 horas en caso de fiebre.
Metronidazol (benzolio) Suspension Oral 250 mg, 5 ML de base (5%) Frasco x 120 120 ML
Dar 5 cc vía oral cada 8 horas x 7 días
Sulfato de Zinc 2 mg/ml Jarabe Fco x 120
Dar 5 cc vía oral diario por 14 días.
Azitromicina 200 mg/5 ML polvo para suspensión fco x 15 Ml Dar 2.5 cc vio oral diarios por 7 días.
Nitazoxanida 100 mg/5ml polvo para reconstituir a suspensión, oral frasco x 60 ml.
Dar 5cc vía oral cada 12 horas x 3 días
Ascórbico ácido 500 mg tableta Dar una tableta vía Oral para chupar cada 8 horas
Loratadina Jarabe 5mg/5 Ml (0.1%) Fco x 100 ml
Dar 2.5 cc. vía oral cada 12 horas por 5 días.

Esta formula al momento no la han autorizado.

Del 2 de Marzo /25 al 8 de Marzo /25

- Alimentación: Josers come muy bien de todo lo que le proveemos, el coliflor no le gusta ni las ensaladas pero se lo mezclamos con el arroz y así si se los come.
- Higiene: le gusta bañarse y cepillarse no pone resistencia.
- Sueño: Duerme muy bien durante la noche en el día duerme 1 hora luego de

almorzar o antes.

• Recreación: Es muy sociable, le gusta jugar y compartir cosas, hermanos, pelea entre ellos pero es normal. Pues hemos notado tiene mucha fuerza en sus manos, los juguetes todos los daña, no los cuida, hasta no descomponerlos y dañarlos no los deja. Igual son sus hermanos.

• Temores: A la hora de ir a dormir.

• Salud: Ha mejorado bastante del episodio se alarma a presente. Aunque no han autorizado los medicamentos le hemos dado remedios caseros y ha mejorado.

Del 9 de Marzo hasta el 15 de Marzo /25

• Alimentación: Josers come muy bien de todo lo que le damos todo le gusta y lo que no lo mezclamos con otros alimentos.

• Higiene: Le gusta estar limpio y si le aplicuen fermones. Esta bien de salud.

• Sueño = Duerme en el hogar luego de almuerzo o en la casa.

• Recreación: Le gustan todas las salidas.

• Temores: Cuando es la hora de ir a dormir.

• Salud: Aún no hemos empezado a dar los medicamentos. Pero se ha recuperado con los remedios caseros q'le hemos hecho.

Del 16 de Marzo al 22 de Marzo 125

• Alimentación: Continúa comiendo bien de lo que le damos.

• Higiene: Le gusta el baño y cepillarse desde la semana pasada estamos con la profesora del hogar para quitarle el pañal y enseñanza de avisar cuando quiera orinar o hacer del cuerpo.

• Sueño: Duerme bien durante toda la noch

• Recreación: Es juguetón, le gusta jugar compartir a veces juegos con sus hermanos, aunque pelean mucho, se divierten entre ellos.

• Temores: A la hora de ir a dormir, aún los sigo acompañando.

• Salud: Está bien de Salud, ya le pasó el cuadro de resfriado que presentaba.

"28 de Marzo Encuentro Biológico"

Dejamos los hermanitos Martinez Arias en la fundación para su encuentro biológico Virtual.

Al recibirlos pudimos ver en Josecs que estab tranquilo, jugaba con sus hermanos, lo vimos bien. interactúa con nosotros normal, acataba las ordenes que le mencionabamos. Al regresó a casa juega y comparte con los demas.

Realizaba lo q le pedimos come bien. Podemos ver que no presenta ninguna alteración emocional al ver nevar a su mamá.

Del 23 de Marzo /25 al 29 de Marzo /25

- Alimentación: Come bien de todo.
- Higiene: Continuamos con la enseñanza del uso de la bacinilla, para que avise las idas al baño. Continua con sus rutinas de aseo.
- Sueño: Duerme bien toda la noche y en el Hogar duerme a medio día.
- Recreación: Es divertido, juguetón le encantan las salidas y disfruta cada salida.
- Temores: A la hora de ir a dormir, los acompaño hasta q se duermen.
- Salud: Esta semana nos entregaron medicamento de dosers, y se le empezamos a dar ya que se volvió a enfermar esta semana. Dosis se está tomando.

+ Metronidazol (bencilo) suspensión Oral 250 mg /5 ml de base (5%), Frasco x 120 ml Dar 5 cc vía Oral cada 8 horas.

- Azitromicina 200 Mg/5 ml polvo para suspensión Frasco x 15 ml. Dar 2.5 cc vía Oral diarios x 7 días
- Acido Ascórbico=500 mg tableta dar 1/2 tableta vía Oral para: chupar c/8 horas
- Loratadina Jarabe 5 mg/5 ml (0.1%) Frasco x 100 ml.

Dar 2.5 cc vía Oral c/12 horas x 5 días
Ha mejorado pero continuamos con el tx

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

**Fecha de visita:** 28-03-2025

| 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:**

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

## Última visita de seguimiento al Hogar:

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 26-03-2025 | Diana Paola Polche | ICBF. |

## 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 |

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


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

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

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

Powered by CamScanner

| Barrio: Paez | Correo electrónico: eyolimasanchez@gmail.com |
|---|---|

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| 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 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 | ALAN DAVID ESPAÑA CURACA | 23/05/2018 | T.I 1.083.931.455 | 235102079 | 17/03/2025 | DEFENSOR CUARTO DE FAMILIA/CLAUDIO HERNAN LOPEZ |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

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



Powered by CamScanner

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

- Angel: 23-08-2025 y 24-09-2025 tiene terapias de lenguaje, empiezan nuevamente, son 20, en estas fechas le hacen 4, consume todos los alimentos, reconoce las figuras de Autoridad.
- Willinger: Se encuentra internado en la clinica Metal Helo IPS donde el dia 27-03-2025, le dieron de alta debido a que el psiquiatra refirio a la MS que no requiere rehabilitacion, presenta patrones de comportamiento, y en la clinica solo es para usuarios psiquiatricos.
- Alan: ingreso a la Unidad de Servicio el 17/02/2025, el niño no cuenta con portabilidad de Asmet Salud porque esta mal el R.C, la ms se encuentra en tramites correspondientes.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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




Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

- Angel: Recibe encuentros Biologicos con los progenitores cada mes, participará en actividad extracurricular cuando cumpla los 6 años.
- Wilinger: Recibió encuentros biologicos con la progenitora y tia linea materna, esta inscrito en futbol en casa de la cultura, pero se encuentra internado en la clinica Metal Help ips desde el 27-03-2015 en Arauca.
- Alan: No recibe encuentros Biologicos porque vive de Piedecuesta, no participa de actividad extracurricular porque aun no cuenta con documentación.

## 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 | | | | |




Powered by CamScanner

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Carné de Salud | X | | X | | X | | | | | |
| Citas Médicas | X | | X | | | X | | | | |
| Registro Civil | X | | X | | X | | | | | |
| Documento de Identidad | X | | X | | X | | | | | |
| Boletines Escolares – del periodo actual cursado | | X | | X | | X | | | | |
| Registro de Experiencias –con fecha de último registro | X | | X | | X | | | | | |

**Observaciones:**

- Angel: No cuenta con boletines escolares debido a que está en preescolar y aún no culmina el primer periodo escolar, cuenta con la demás dotación o documentación actualizada y archivada correctamente.
- willinger! No cuenta con boletin debido a que aun no se termina el primer periodo escolar, los demás documentos estan actualizados y debidamente archivados.
- Alan! el acta de ubicación esta mal diligenciada, no cuenta con valoración nutricional del operador, aun no cuenta con afiliación en salud porque el RC. esta mal y aun no ha podido solicitar portabilidad y él mismo no ha podido matricularlo en I.E por falta de documentación.

| 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)

- Angel: Cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo y de uso.
- willinger: Cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo e higiena y uso.
- Alan! la MS con la que se encontraba en Pitalito brindo la dotación de aseo, no cuenta con la dotación básica, personal y escolar.




Powered by CamScanner

| DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Hoja de Vida con foto | X | | |
| Resolución de aprobación del Hogar | X | | |
| Copia documento de identificación | X | | |
| Constancia afiliación al SGSSS | X | | |
| Certificado de salud con vigencia de 1 año | X | | |
| Constancia último grado de estudio | X | | |
| Constancias de Capacitaciones* | X | | |
| Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto* | X | | |
| Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar | X | | |
| 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 carpeta de la MS se encuentra archivada correctamente, actualizada a la fecha y legajada.

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

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



Powered by CamScanner

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

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

La unidad de servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia. No hay malos olores, ventilación y luz natural en los espacios ganados. Los alimentos estan rotulados, alacena con suficientes alimentos para los usuarios.




Powered by CamScanner

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

Se recomienda a la MS solicitar apoyo de la Gestora de caso para solicitar el proceso de documentación de Alan referente a la salud, educación y documento de identidad y valoración nutricional. Por el conocer cualquier eventualidad que se presente en los mismos ante el operador y Autoridades Administrativas

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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



Powered by CamScanner

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita<br>CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita<br>ELVIA YOLIMA SANCHEZ |
|---|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita<br>Cristian Camilo Arias | | Firma de la persona que recibe la visita |
| CC. 1010242019 | TP. 1010242019 | CC. 36380913 |
| Celular: 3112431071 | | Celular: 3112054419 |
| Correo electrónico:<br>yotecuidofundacionsocial@gmail.com | | Correo electrónico:<br>eyolimasanchez@gmail.com |

**Notas:**

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


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

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

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

Powered by CamScanner

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

**CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO**

| FECHA DE LA VISITA | 28-03-2025 | CENTRO ZONAL | La Plata |
|---|---|---|---|

| NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA |
|---|
| Elva Yolima Sanchez |

| | 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 cuenta con Bienestarina

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| | Cristian Camilo A. |



Powered by CamScanner

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

## LISTA DE CHEQUEO

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

**Nombre responsable unidad de servicio:** Elvia Yolima Sandrez.

**Dirección:** Carrera 9 #7-82 Barrio

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

Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad. | X | |
| 26 | Paredes limpias. | X | |
| 27 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |
| 28 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | X | |
| 29 | En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización. | X | |
| 30 | La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados. | X | |
| 31 | Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | X | |
| 32 | Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 33 | Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 34 | Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 35 | Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 36 | Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 37 | Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 38 | Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 39 | Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 40 | Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave. | X | |
| 41 | La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como macheles , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 42 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | X | |
| 43 | En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas ) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES

La unidad cuenta con elementos de protección y optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia.

Powered by CamScanner

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Cristian Camilo Arias | |
| Firma de la persona que realiza la verificación | Firma |
| Cristian Camilo A. | |
| CC. 1010247019 T.P 1010247019 | C.C 36350913 |
| Celular: 3142471071 | Celular: 3112054419 |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** No firma

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** [signature]

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Cristian Camilo A.



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Aldh

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** [signature]

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Cristian Camilo Arias



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotacion |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** No firma por hospitalización

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Luz Lis.

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Cristian Camilo Arias



Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN 1 PREVIEW20- 01/06/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/06/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 28/03/2023

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Rosa Yolima Duque

CENTRO ZONAL: La Plazuela (M).

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo M.

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

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

| OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda) | SI | NO |
|---|---|---|
| 5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada? | X | |
| 6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y 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

Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 29 03 2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | X | Discapacidad | | Tutor | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Hogar de paso | Familiar | | Casa hogar | |
|---|---|---|---|---|

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion Social yo te cuido | Calle 1A # 5-52 B1 Trinidad. | 3118241198 |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Lucy Katalina Menezes | 1007750849 | 3156799819 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 26 02 2025 | Lucy Katalina Menezes. | Fundacion Social "yo te cuido" |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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


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

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

Scanned with CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Diaz | Molina | Omaira |
| | Identificación: 3.629.5884 | | |
| Dirección: Corregimiento de Guacacallo | | Tel. Fijo / | Celular 3144728447 |
| Barrio: Corregimiento de Guacacallo | | Correo electrónico: Omairamolina69@gmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

| Seguimiento periódico | Plan Mejoramiento[2] | Seguimiento extraordinario |
|---|---|---|
| X | | |

## 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 2020 | 1.083987253 | Sin Inf | 11-08-2023 | Comisaria de Familia de San Agustin. |
| 2 | Yastin Leandro Samboni Golondrino | 17-03 2018 | 1.077.748471 | Sin Inf | 11-08-2023 | Comisaria de Familia San Agustin. |
| 3 | Danna Liseth Bravo Cabrera | 08-09 2022 | 1.079.372345 | Sin Inf | 24-12-2024 | Comisaria de Familia San Agustin |
| 4 | Cesar Stiven Urbano Perafan | 23-03 2015 | 1.083,920.010 | 4644414618 | 04-02-2015 | Defensoria 3 de Familia Gustavo Molina. |

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




Scanned with CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud. | SI X / No | SI / No | SI X / No | SI / No | Si / No |
| Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud. | SI X / 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 X | SI / No | Si / No |
| Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje. | SI X / No | SI / No | SI X / 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 X | SI / No | Si / No |
| Recibe atención psicosocial. | SI X / No | SI / No | SI X / No | SI / No | Si / No |




Scanned with CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Todos los niños que tiene a cargo doña Omaira reciben atenciones tanto de salud, educacion y atenciones psicosociales.
Danna Lizeth por su edad recibe educacion basica en un hogar de aprendizaje. Todo en orden.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



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

Scanned with CamScanner

| | 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:**

Todos los usuarios estan estudiando teniendo buen rendimiento academico. Dana se encuentra en el jardin. Estan muy comprometidos.
Sin observaciones.

## 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 | | | |




Scanned with CamScanner

**Observaciones:**

Los usuarios de Dona Omaira tienen su respectiva documentación y referente a atenciones por el equipo psicosocial de la fundación se encuentra al día.

| 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)

| 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.




Scanned with CamScanner

**Observaciones:**

la Señora Omaira tiene su documentacion a día manteniendo activos los certificados de procesos pecuarios, manipulacion de alimentos y demás documentacion.

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

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

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




Scanned with CamScanner

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Espacio de estar | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si |

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

La vivienda se encuentra aseada, la infraestructura esta adecuada para el bienestar de los usuarios, espacios y demás. Todo en orden.

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

Todos los compromisos de la madre sustituta se cumplen de manera optima. Se ha verificado que las instalaciones de la unidad estan al dia, al igual que la documentacion de los usuarios y la de ella también, manteniendose todo en orden para garantizar el bienestar de cada uno de ellos.




Scanned with CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|---|
| Lucy Katalina Meneses Molina. | | Omaira Diaz Molina. |
| Firma de la persona que realiza la visita | | Firma de la persona que recibe la visita |
| Katalina Meneses. | | |
| CC. 1007750847 | TP. 1007750847. | CC. 36295884 |
| Celular: 3156772814. | | Celular: 3144728467 |
| Correo electrónico: katalinaobregonsocial.patolito@gmail.com | | Correo electrónico: omairamolina69@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

Scanned with CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/06/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/06/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 29-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Omaira Diaz Molina

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Natalia 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 jovenes durante la visita? | X | |
| 7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita? | X | |
| 8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso? | X | |
| 9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita? | X | |

Observacione de la Madre Sustituta: Felicidades

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | 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:** | 29-03-2025 |
| **MADRE SUSTITUTA:** | Omaira Diaz Molina |

## 2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

| ELEMENTOS | CANTIDAD | ESTADO |
|---|---|---|
| Cama | 3 | B. Estado |
| Cama cuna | N/A | / |
| Cuna | N/A | / |
| Corral | N/A | / |
| Colchón | 3 | B. Estado |
| Colchón cama cuna | N/A | / |
| Cómoda | 3 | M. Estado |
| Ventilador | 2 | Buen estado |
| Coche | N/A | / |
| Almohadas | 6 | 3 Regulares |
| Cubrelechos | 6 | 3 Regulares |
| Sabanas | 10 | B. Estado |
| Protector de colchón | 6 | 3 Tela – 3 plastico |
| Toldillo | N/A | / |



Scanned with CamScanner

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| La dotacion de la unidad de servicio las cunadas estan en mal estado, 3 almohadas regulares y 3 colchones regulares. El resto esta en buen estado. |

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Omaira Diaz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Menetes.



Scanned with CamScanner

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

**LISTA DE CHEQUEO**

**VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.**

Nombre responsable unidad de servicio: Omaira Diaz Molina

Dirección: Corregimento de Guacacallo.

| No. | Condiciones habitacionales | Cumple | No cumple |
|---|---|---|---|
| 1 | Sin goteras. | X | |
| 2 | Sin grietas. | X | |
| 3 | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos. | X | |
| 4 | Puerta seguras y con buen mantenimiento. | X | |
| 5 | Sin humedad. | X | |
| 6 | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas. | X | |
| 7 | Ventilación e iluminación natural. | X | |
| 8 | No debe haber olores fuertes o desagradables. | X | |
| 9 | Baños con adecuado sistema de agua y ventilación. | X | |
| 10 | Baños con puertas seguras. | X | |
| 11 | Sanitarios en perfecto estado. | X | |
| 12 | Espejos en perfecto estado. | X | |
| 13 | Las áreas deben estar en perfecto orden. | X | |
| 14 | No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas. | X | |
| 15 | Las escaleras no deben tener grietas. | X | |
| 16 | Las escaleras deben tener pasamanos. | X | |
| 17 | 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 | |
| 18 | Los balcones deben tener protección. | X | |
| 19 | Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente. | X | |
| 20 | Los cables deben estar cubiertos. | X | |
| 21 | Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes. | X | |
| 22 | El techo debe ser seguro, sin riesgos. | X | |
| 23 | Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes. | X | |
| 24 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad. | X | |
| 25 | Paredes limpias. | X | |
| 26 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 27 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | X | |
| 28 | 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 | |
| 29 | 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 | |
| 30 | Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | X | |
| 31 | Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 32 | Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 33 | Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 34 | Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 35 | Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 36 | Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 37 | Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 38 | Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 39 | Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave. | X | |
| 40 | La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 41 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | X | |
| 42 | En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES: La vivienda cumple con todos los ítems para brindar un buen bienestar a cada usuario. aseada, orden, infraestructura adecuada.

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Wey Katalina Meneses Molina | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Omaira Dian Molina |
| Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina Meneses. | Firma de la persona que recibe la visita: |
| C.C. 1007750847 T.P 1007750947. | C.C. 36295884 |
| Celular: 3156777819. | Celular: 3144728447 |
| Correo electrónico: trabajosocial.yatalito@gmail.com | Correo electrónico: omaiamolina69@gmail.com |

Scanned with CamScanner

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

**Fecha de visita:** 27/03/2025

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 | CC | Celular |
|---|---|---|
| CRISTIAN CAMILO ARIAS | 1010242019 | 3112431071 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | | |
|---|---|---|
| 26/03/2025 | Erica Katherine. Rodriguez | ICBF. |

## 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.




Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | CHIMBACO | MARÍN | MIREYA |
|---|---|---|---|
| | Identificación: 36.383.845 | | |
| Dirección: Calle 5 A Sur N° 17-24 | | Tel. Fijo No tiene | Celular 314-4829482 |
| Barrio: Nuevo Horizonte | | Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

| Seguimiento periódico | x | Plan Mejoramiento[2] | | Seguimiento extraordinario | |
|---|---|---|---|---|---|

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | JUAN CARLOS PAZ QUILINDO | 17/02/2013 | T.I 1081415451 | 23434646 | 28/02/2023 | SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ALVAREZ |
| 2 | LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO | 8/06/2011 | T.I 1081412013 | 23438091 | 21/07/2023 | ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA |
| 3 | NELLY COMUENDO MORALES | 12-09-2010 | T.I 1.026.578.853 | 33440445 | 8/10/2014 | ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA |

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



Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Recibe atención psicosocial. | SX No | SX No | SX No | Si No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

- Juan Carlos: tuvo seguimiento por psicología general el 25-02-2025, tiene control en 1 mes, • risperidona Respiridona 1 mg antes de dormir, ha tenido comportamiento regular. por tomar el espejo de un vecino.
- Luisa: Probablemente la fluoxetina le está causando la Prolactina alta, expulsa líquido blanco por los dos senos, la MS la llevo al hospital el medico le mermo la dosis del medicamento a 2 cc al día, y respiridona 0,5 mg en la noche, tiene pendiente cita por psiquiatra 28-03-2025, odontología 20-06-2025, tuvo Psicología 10-03-2025, tiene control psicología clínica c/2 meses por consulta externa, psicología general 25-03-2025 control c/3 meses.
- Nelly: tiene pendiente en el resección de tumor benigno en el Hospital pendiente cirugía (fecha y hora) el hospital ya tiene los documentos.

**4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Mantiene contacto con su familia y/o red vincular. | Si NX | Si NX | SiX No | Si No | Si No |
| Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales. | SX No | SX No | SiV No | Si No | Si No |



Powered by CamScanner

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Realiza prácticas de autoprotección. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Realiza prácticas de autocuidado. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

- Juan Carlos: Es organizado, consume todos los alimentos, hurto un equipo donde un recino y se lo trajo para la unidad de fauna →




Powered by CamScanner

Participa en talleres artesanal extracurricular, Asiste cita por Psicología 26-03-2025 en Bogota. • Juan! Es la vinculada a dibujo, en cultivarte, inglés, fotografía. • Nelly! Esta vinculada a guitarra en la casa de la cultura los lunes, martes y miercoles.

## 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:**

- Juan Carlos! La Carpeta esta actualizada y legajada correctamente.
- Julian! La carpeta esta actualizada y legajada correctamente
- Nelly! La carpeta esta debidamente archivada, no cuenta



Powered by CamScanner

con boletin debido a que se encuentra validando en la I.E Miguel Pastrana Borrero. los grados sexto, Septimo y octavo, solo cuenta con certificado escolar, esta Proximo a culminar texto por medio de guias que suministra el Colegio.

| 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 la dotacion en optimas condiciones de uso, aseo e higiene.

| 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 | | |



Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 MS se encuentra organizada.
-La red de apoyo Natalia Chimbaco tiene vencido el certificado Medico, la demás información se encuentra actualizada a la fecha, el señor Norbey Chimbaco fue egresado de la composición familiar por voluntad y decisión de la MS.

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

| | |
|---|---|
| **SI** X | Si el área o espacio cuenta con la condición. |
| **NO** | Si el área o espacio no cuenta con la condición. |




Powered by CamScanner

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

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

La Unidad de servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia. los alimentos rotulados debidamente, alacena con alimentos, espacios iluminados, con ventilación natural




Powered by CamScanner

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

- Se recomienda a los NNA actualizar certificado medico de la red de apoyo clotalia chamico.
Continuar garantizando los pagos de los viajes y dar a conocer cualquier eventualidad que se presente con los usuarios que le el operador y autoridades Administrativas.

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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



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

Powered by CamScanner

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita<br>CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita<br>MIREYA CHIMBACO MARIN |
|---|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita<br>Cristian Camilo Arias | | Firma de la persona que recibe la visita<br>Mireya Chimbaco |
| CC. 1010242019 | TP.1010242019 | CC. 36.303.845 |
| Celular: 3112431071 | | Celular: 3143030166 |
| Correo electrónico:<br>yotecuidofundacionsocial@gmail.com | | Correo electrónico:<br>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**




Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN 1 PSVFO-6003- 01/03/2022<br>FECHA DE APROBACIÓN 01/03/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 27-03-2023

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Mireya Chimbaco

CENTRO ZONAL: la plata

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo Ariza

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

Mireya Chimbaco.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

**CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO**

| FECHA DE LA VISITA | 27/03/2025 | CENTRO ZONAL | la planta |
|---|---|---|---|

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Mireya Chimbaco.

| | 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:

la unidad de Servicio no cuenta con bienestarina

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| Mireya Chimbaco | Cristian Camilo Arias |



Powered by CamScanner

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

## LISTA DE CHEQUEO

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

**Nombre responsable unidad de servicio:** Mireya Chumbaco

**Dirección:** Calle 3 A sur # 17-24 B/ Nuevo Horizonte

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

Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad. | X | |
| 26 | Paredes limpias. | X | |
| 27 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |
| 28 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | X | |
| 29 | En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización. | X | |
| 30 | La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados. | X | |
| 31 | Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | X | |
| 32 | Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 33 | Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 34 | Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 35 | Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 36 | Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 37 | Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 38 | Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 39 | Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 40 | Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave. | X | |
| 41 | La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 42 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | X | |
| 43 | En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas ) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES

la unidad cuenta con todos los requisitos y elementos de protección, higiene y aseo.

Powered by CamScanner

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Cristian Camilo Arias | Mireya Chimbaco |
| Firma de la persona que realiza la verificación: Cristian Camilo A. | Firma: Mireya Chimbaco |
| CC. 1060472099 T.P 1060472010 | C.C 36.393.848 |
| Celular: 3124721091 | Celular: 3143030166 |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: mchimbaco@gmail.com |

Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Juan Carlos Paz Quilindo

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Yuvega Chumbaco

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Cristian Camilo A.



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotacion |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Luisa Fernanda paz Quilindo

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Hireya Chumbaco

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Cristian Camilo Arias



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Nelly Camuendo

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Mireya Chimbaco

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Cristian Camilo A



Powered by CamScanner

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

**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 3 del COMPONENTE TÉCNICO. 3) Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención que cumpla con los criterios establecidos en los documentos técnicos vigentes del ICBF

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, Durante el presente periodo se garantizó que todos los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad Hogar Sustituto cuenten con sus respectivas historias de atención con documentación y seguimientos actualizados según cronograma establecido para cada mes.

Teniendo en cuenta, lo anterior se apertura historias de atención, discriminadas de la siguiente manera:

Municipio de Garzón: 4 historias de atención - vulneración H.M.M.C - O.D.S.O - A.H.V - A.H.V
Municipio de la Plata: 3 historia de atención – vulneración BBM - CCZ - ILM

Neiva -01 abril 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**

DEFENSORÍA SEGUNDA DE FAMILIA

PROCESO DE RESTABLECIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LA NIÑA **BRIANA JASBLEYDY BASTO MUSE**

H.A: 1062096627, SIM: 23441400

La Plata, 25 de marzo de 2025.

La Defensoria de Familia habiendo encontrado que los hechos denunciados acerca de la situación de la niña **BRIANA JASBLEYDY BASTO MUSE** de 5 meses de edad, ponen en Peligro su vida e integridad, dispuso decretar la MEDIDA PROVISONAL de ubicación, en medio familiar en la modalidad de Hogar Sustituto Tutor (*Previo consulta del equipo profesional del Operador)* bajo el cuidado de la señora: ubicación en medio familiar en la modalidad de Hogar Sustituto bajo la responsabilidad de la señora: **YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ** identificada con la C.C. No. 55.131.290 de La Plata Huila, mientras se falla el proceso administrativo que garantice el restablecimiento de sus derechos. Con tal finalidad, el representante de la modalidad Hogar Sustituto, bajo la responsabilidad que le obliga según las disposiciones legales y administrativas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se compromete a:

1. Brindar al niño(a) o adolescente la atención y cuidados indispensables para garantizar su desarrollo integral: Fisico, moral afectivo, moral, emocional, social e intelectual.
2. Informar de manera permanente al Defensor de Familia como a los integrantes de la Defensoria de Familia, por lo menos cada mes, acerca del estado general y la evolución del niño, niña o adolescente
3. Poner en conocimiento en forma inmediata cualquier circunstancia que afecte la integridad del menor de edad y/o la prestación del servicio.
4. Impedir cualquier situación de inobservancia, amenaza o vulneración por su parte y/o por personas con las que el NNA se pueda relacionar en tanto permanece en el Hogar Sustituto.
5. Informar al Defensor de Familia o al integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario que corresponda y al operador (*cuando esta sea operada por una ONG*) cualquier cambio de residencia, domicilio o de dirección para obtener su aprobación.
6. Solicitar la autorización del Defensor de Familia para la reubicación de los NNA que se encuentran en el Hogar Sustituto Tutor, en caso de que la madre o padre sustituto desee realizar cambio de residencia.
7. Permitir el seguimiento y acatar las disposiciones de la Defensoria de Familia como las directrices del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, o de las personas autorizadas, en cuanto a las medidas de protección y restablecimiento de los derechos de los NNA a su cargo.


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

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

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

Powered by CamScanner

8. Incentivar la participación de los niños o adolescentes a su cargo en las actividades individuales o colectivas programadas por el ICBF, entidades u organizaciones contratadas por éste.
9. Cumplir con las citaciones programadas para la realización de las visitas o encuentros de los niños, niñas y adolescentes con sus familias de origen o extensa, en el Centro Zonal, Comisaria de Familia, Inspección de Policía o en el lugar que disponga o autorice la Autoridad Administrativa.
10. Acompañar el proceso de preparación de los niños, niñas y adolescentes para el egreso de la modalidad, cuando se anuncie por parte de la Autoridad Administrativa o el equipo de la entidad contratista, la decisión de cambio de medida de restablecimiento de derechos o reintegro a su familia biológica.
11. Entregar al niño, niña o adolescente, en el momento en que la Autoridad Administrativa así lo ordene, con los respectivos documentos con los cuales fue recibido o con los que adquirió durante la permanencia en la modalidad (documentos de identificación carnés, certificados médicos entre otros)
12. La persona responsable del Hogar Sustituto deberá cumplir con las demás obligaciones establecidos en el Lineamiento Técnico de Modalidades para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, aprobado mediante Resolución 1520 de 2016, así como las disposiciones legales establecidas en el Código de Infancia y Adolescencia.

El incumplimiento de las obligaciones y de las observaciones o recomendaciones especiales consignadas en la presente acta, dará lugar a la pérdida de la calidad del Hogar Sustituto - Tutor de forma inmediata o con posterioridad a la supervisión, seguimiento y asesoría realizados, sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil a que haya lugar.

En constancia se firma la presente acta por quienes intervinieron en esta diligencia.

**ELIANA MERCEDES ALVAREZ MUÑOZ**
Defensora de Familia
Def. Segunda de Familia

YOHAIRA ARANDIA

**YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ**
C.C. No. 55.131.290 de La Plata Huila
Representante del Hogar Sustituto


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

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

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

Powered by CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3 | |
|---|---|
| **Hora: 03:00 PM** | **Fecha: 28 DE MARZO DE 2025** |
| **Lugar:** | Fundación social yo te cuido – sede GARZON |
| **Dependencia que Convoca:** | Modalidad Hogar sustituto |
| **Proceso:** | Misional – protección – restablecimiento de derechos |
| **Objetivo:** | Proporcionar a las madres sustitutas herramientas y estrategias efectivas para guiar y orientar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo integral, promoviendo su bienestar e integridad |

**Agenda:**

1. Saludo a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.
2. Guía de orientación para la seguridad y prevención de situaciones de riesgo de niños, niñas y adolescentes.
3. Cierre de la actividad

**Desarrollo:**

**Momento 1 Saludo y presentación, a cargo del equipo psicosocial del municipio de Garzón.**

Se inicia brindando un saludo especial por parte del talento humano del municipio de Garzón a cargo de Carlos Andrés Cuenca Rojas (GC) quien es el encargado de dirigir la actividad.

**Momento 2: Guía de orientación para la seguridad y prevención de situaciones de riesgo de niños, niñas y adolescentes.**

El espacio inicio desarrollando el taller el cual se llevó a cabo en las oficinas de la fundación a las tres de la tarde, en este espacio se les brindo material el cual muestra mas claro sobre el tema que se va a abordar, que es los riesgos que se podría presentar en la unidad de servicios con los usuarios, estos es fundamental para desarrollar ambientes favorables y positivos para ellos.




Scanned with CamScanner

se desarrolló el espacio por medio de una actividad en el que se presentaban el riesgo y se sensibiliza la una situación de alerta o el tipo de riesgo que se podría presentar seguidamente las madres buscaban soluciones frente a este posible riesgo, en donde hay riesgo locativos como sociales.

**Peligros físicos, enchufes, ventanas**

- Posible solucion utilizar tapas de seguridad y ocultas cables
- intalar barandales de seguridad

**Productos de limpieza y químicos**

- posible solucion guardar estos productos en recipientes seguros y fuera del alcance

**Medicamentos**

- guardar los medicamentos en un lugar seguro y con llave

**Herramientas y objetos peligrosos**

- guardar las herramientas y objetos peligrosos en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños

**Abuso y maltrato**

- si sospechas que un niño esta siendo amltratado, informa a las autoridades competentes

**Exposicion a contenidos inapropiados**

- supervisar el conteido que ven los usuarios en la television, internet y otros medios.

**Bullying**

- Fomentar la empatia y el respetos en los espacios.

**Momento 3: Cierre de la actividad**

La jornada termino agradeciendo a las madres sustitutas por su participación y colaboración en el desarrollo de la actividad, se esclarecen las dudas que en esta reunión no hubo y se presentaron los agradecimiento y seguidamente el retiro del espacio.



Scanned with CamScanner

## Evidencia fotográfica.





| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| *Seguir realizando promoción de la modalidad.* | *Equipo de la fundación social "Yo Te Cuido"* | *25 /03/2025* |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Carlos Andres Cuenca Rojas | Gestor Social | Yo te cuido | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | Por definir | Por definir | Por definir |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Carlos Andres Cuenca Rojas. | | |



Scanned with CamScanner

# ORIENTACIONES PARA LA SEGURIDAD Y PREVENCION DE SITUACIONES DE RIESGO DE NIÑOS,NIÑAS Y ADOLECENTES



## PELIGROS FISICOS EN EL HOGAR

Enchufes y Cables:

- Utilice tapas de seguridad en los enchufes y oculte los cables.
- Mantenga los enchufes y cables fuera del alcance de los niños.

## MEDICAMENTOS

- Solución: Guarde los medicamentos en un lugar seguro y confiable.
- Seguridad: Nunca deje medicamentos al alcance de los niños.



## Productos de Limpieza y Químicos

- Solución: Guarde estos productos en recipientes seguros y fuera del alcance de los niños.
- Seguridad: Lea siempre las etiquetas y siga las instrucciones de uso.



## ESCALERAS Y VENTANAS:

- Solución: Instale barandas de seguridad en las escaleras y ventanas.
- Seguridad: Supervise a los niños cuando estén cerca de escaleras y ventanas.





## EVITEMOS HERIDAS

- Aleje del alcance de los niños y niñas cuchillos, tijeras, elementos corta punzantes.

## EVITEMOS GOLPES

- No dejes armarios o cajones abiertos.
- Procura que todos los muebles y objetos de decoración tengan sus esquinas redondeadas, nunca agudas o angulares.
- Ventila adecuadamente los zonas de circulación.



## RECUERDA QUE LOS ACCIDENTES

- son evitables.
- Están asociados a la edad de los niños y niñas.
- Pueden ser fatales.
- pueden dejar secuelas físicas y psicológicas no solo en los afectados directamente.
- provocan inestabilidad familiar.



¡Antes

ente!

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

| | |
|---|---|
| FO-P1-08 | 02/06/2021 |
| Versión 9 | Página 1 de 1 |
| Clasificación de la Información: Pública | |

ACTIVIDAD:

FECHA

HORA INICIAL:

HORA FINAL:

LUGAR

DEPENDENCIA LIDER:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | |
| 1 | ANA MILENA FRAGUA POVEDA | 55057486 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3213569857 | - | |
| 2 | ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS | 55062718 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 3 | CLARA INES ROJAS CUMBE | 55070054 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3214287301 | - | |
| 4 | FANNY CEDIEL DE FERNANDEZ | 26491920 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 5 | MARLENY FRAGUA POVEDA | 26491004 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3118522212 | - | |
| 6 | MIRYAM ALMARIO CALDERON | 26491705 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 7 | OLGA LUCIA TRIANA CASAS | 26500560 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 8 | ONEIDA SUAREZ ANDRADE | 55066773 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3106651504 | - | |
| 9 | PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA | 55065021 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3137306371 | - | |
| 10 | VIANEY GALINDO | 1122722966 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 11 | YENNY MARCELA SIERRA ROJAS | 55065680 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3202625125 | - | |
| 12 | STEFANY GUEVARA GARCES | 1077862619 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3228122465 | - | |
| 13 | MIREYA CRUZ VALENZUELA | 52995117 | MADRE SUSTITUTA | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | 3172018416 | - | |

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

Scanned with CamScanner

2/marzo/25.

Stiven es un niño muy responsable con sus cosas personales y cumple con las oficios en casa es ordenano con su ropa y habitación come y duerme muy bien esta bien de salud va muy bien en el colegio le gusta compartir con los demas niños del hogar hace sus tareas y trabajos y cumple con sus obligaciones.

9/mart/25.

Stiven a estado muy bien de salud, Come y duerme bien mantiene de muy buen humor es juicioso, responsable amable es ordenado Con su ropa hace tareas y trabajos que le deja el Profesor Comple Con los oficios que se le asignan en el hogar le gusta salir al parque con los demas ninos que estan en el hogar.

16 marzo

23/marz/23.

Stiven es on niño muy alegre responsable, educado, amable Comple con los labores de la Casa. y Con sus Cosas Personales hace tareas y trabajos Come y duerme muy bien esta bien de salud Comparte con los demas niños del hogar ya termino terapias de psicologia el dia 25 marzo Fael la ultima terapia le Fue muy bien y ya es mas juicioso.

Powered by CamScanner

31/marz/23.

Hoy stiven se levanto de
muy buen humor es un niño
juicioso, amable, respetuoso.
Comple con los labores del
hogar es ordenado Con su ropa.
hace las tareas del Colegio
Come y duerme muy bien
esta muy bien de salud ya
inciaron con actividad recreativa.
estan en atletismo los dia
miercoles y viernes estan
contento Con las actividades q
hacen

Laura Fernández S.
Psicóloga
T.P. 219284

Powered by CamScanner

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3** | | |
|---|---|---|
| **Hora:** 3:30 p. m | | **Fecha:** 11 de marzo de 2025 |
| **Lugar:** | Mirador 360 | |
| **Dependencia que Convoca:** | Fundación Social Yo Te Cuido – Gestor de caso | |
| **Proceso:** | Fortalecimiento Técnico a Madres sustitutas | |
| **Objetivo:** | Proporcionar a los participantes herramientas y estrategias efectivas para guiar y orientar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo integral, promoviendo su bienestar e integridad . | |

**Agenda**:

- Saludo de Bienvenida
- Información general
- Objetivo
- Desarrollo temático
- Desarrollo de preguntas o inquietudes.
- Compromisos

**Saludo de Bienvenida:**

Dando cumplimiento al encuentro el día lunes 10 de marzo a las 3:30 de la tarde el equipo interdisciplinario se reúne en el mirador 360 con el fin de dar cumplimiento al encuentro programado con el fin de abordar temática planteada, se brinda caluroso saludo de bienvenida con el fin de socializar y hacer de este un espacio ameno tranquilo de aprendizaje y formación.

**Información General:** Se brinda información general a la madre sustituta con el fin de socializar o despejar dudas frente a diferentes situaciones que se han presentado a lo largo del mes de marzo

**Desarrollo temático**:

**“Guía de orientaciones prevención de situaciones de riesgo. * * Fallecimiento * Riñas * manejo cambio de medida * Abandono irregular**

El ICBF tiene una normativa clara y específica para la modalidad de restauración de derechos, que establece cómo deben ser manejadas las situaciones de riesgo. La institución realiza seguimiento y monitoreo de cada caso, con el fin de garantizar que las acciones tomadas sean siempre en el mejor interés de los niños y adolescentes involucrados. A través de estos lineamientos, se busca fortalecer la red de protección y promover un ambiente seguro para el desarrollo de los menores.

En resumen, la **importancia del reporte de situaciones de riesgo** es central para asegurar la **protección de los derechos** de los niños, niñas y adolescentes, y para la correcta implementación de las medidas de restauración, tal como lo establece el ICBF en sus directrices.

El **reporte de situaciones de riesgo** en el contexto de la **restauración de derechos** del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es fundamental para garantizar la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, así como la intervención adecuada ante situaciones que puedan poner en peligro su bienestar. A continuación, se detalla la importancia del reporte en relación con algunas situaciones específicas mencionadas, de acuerdo con los lineamientos del ICBF:

PÚBLICA



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

**1. Fallecimiento:**

- **Importancia**: La notificación de un fallecimiento en el ámbito de restauración de derechos es crucial, ya que permite activar los mecanismos necesarios para la atención adecuada de los niños, niñas y adolescentes afectados. Esta situación puede involucrar a menores huérfanos o en riesgo de desprotección, por lo que es necesario actuar rápidamente para ofrecer apoyo emocional y soluciones de cuidado.

- **Objetivo**: Garantizar que los menores reciban el cuidado adecuado en caso de que un familiar principal haya fallecido, previniendo que queden en condiciones de vulnerabilidad.

- **Ruta que se propone para actuar en dicho caso**:

| No. | Actividad | | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Identificar el lugar y contexto de fallecimiento. | Si ocurrió en las instalaciones del operador o del hogar sustituto, continuar con la actividad No. 2. | Coordinador(a) del operador<br><br>Madre o padre sustituta(o) o algún miembro de la red de apoyo | Documento de registro que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin |
| | | Si ocurrió en un lugar diferente al operador u hogar sustituto, continuar con la actividad No. 3 | | |
| 2 | Comunicar de manera inmediata a la Estación de Policía correspondiente y/o a la línea de emergencias del municipio o ciudad, registrando la comunicación en el documento que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin, con los datos mínimos de nombre del niño, niña o adolescente, fecha y hora en que realiza la llamada y persona que la recibe. | | Coordinador(a) del operador<br><br>Madre o padre sustituto(a) o algún miembro de la red de apoyo<br><br>Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | Documento de registro que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin |
| 3 | Informar el fallecimiento del niño, niña, adolescente a la autoridad administrativa y a quien ejerce la supervisión del contrato.<br><br>En el caso de hogares sustitutos, la madre o padre sustituta(o) informarán al operador o al Coordinador de Centro Zonal; y, este a su vez, a la autoridad administrativa y al supervisor(a) del contrato. | | Coordinador(a) del operador<br><br>Madre o padre sustituto(a) o algún miembro de la red de apoyo | Correo Electrónico<br><br>Registro de llamada<br><br>Anexo de Historia de Atención |


¡Antes de imprimir este documento… 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.

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|
| | Si el hogar sustituto es administrado por el ICBF, se deberá informar a la autoridad administrativa y al referente de la modalidad del Centro Zonal del ICBF correspondiente, por parte de la madre o padre sustituta (o ). | Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | |
| 4 | Informar a la familia, red vincular de apoyo o comunidad étnica, sobre el fallecimiento del niño, niña o adolescente. Debe incluirse, además la gestión con salud frente a las acciones terapéuticas para manejo del duelo en los casos que se requiera. | Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario y/o<br><br>Coordinador(a) del operador<br><br>Coordinador(a) de Centro Zonal (en caso de los hogares sustitutos directos) | Historia de Atención<br><br>SIM – Módulo Beneficiarios |
| 5 | Adelantar el trámite correspondiente con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses respectivo y el de la generación del registro de defunción respectivo. | Autoridad Administrativa. | Historia de Atención<br><br>Solicitud de Procedimiento Funerario<br><br>Registro de defunción<br><br>SIM – Módulo Beneficiarios |
| 6 | Ordenar cuando se trate de la modalidad de hogar sustituto, el traslado de los otros niños, niñas o adolescentes que se encuentren ubicados(as) en este hogar a otra unidad de servicio previamente preparada por el operador o Regional del ICBF.<br>En administración directa por los profesionales del equipo de apoyo respectivo. | Autoridad Administrativa.<br><br>Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | Formato Acta de Ubicación en Hogar Sustituto<br><br>Historia de Atención<br><br>SIM – Módulo Beneficiarios |
| 7 | Brindar acompañamiento psicosocial a la familia y a la red vincular del niño, niña o adolescente, así como a la familia sustituta donde se encontraba ubicado(a), con el fin de manejar la elaboración del duelo y demás emociones derivadas de su fallecimiento. | Equipo Técnico interdisciplinario del operador<br><br>Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario<br><br>Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | Historia de Atención<br><br>Anexo de Historia de Atención |
| 8 | Elaborar y entregar al día hábil siguiente al fallecimiento, el informe de acciones adelantadas a la autoridad adminvistrativa, a quien supervisa el contrato de aporte y a la Coordinación del Centro Zonal del ICBF, el cual deberá contener como mínimo:<br><br>• Circunstancias previas, durante y posterior al fallecimiento. | Coordinador (a) del operador<br><br>Equipo Técnico interdisciplinario del operador | Informe de fallecimiento<br><br>Comunicación oficial fallecimiento |

PUBLICA



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

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|
| | • Circunstancias de modo, tiempo y lugar; y, si se cuenta con algún antecedente de diagnóstico médico.<br>• Acciones que se generaron con la comunidad institucional o con los integrantes del hogar sustituto.<br>• Tiempo de permanencia del niño, niña o adolescente cuando su fallecimiento ocurrió en un centro hospitalario, adjuntando la epicrisis.<br><br>**Nota 1**: en el caso de Hogar Sustituto administrado directamente por el ICBF; el informe debe ser elaborado por las(os) profesionales de apoyo al proceso de atención y remitido a la autoridad administrativa y a la coordinación del Centro Zonal ICBF.<br><br>**Nota2**: Este informe deberá ser registrado en el SIM por parte de la autoridad administrativa. | Autoridad administrativa<br><br>Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | Historia de atención<br><br>SIM- Módulo beneficiarios |
| 9 | El (la) supervisor(a) de contrato verificará que el operador o la entidad administradora de los hogares sustitutos haya realizado lo establecido en las acciones de atención ante este evento. | Supervisor (a) del contrato | Informe y soporte de las acciones realizadas frente al evento |
| 10 | Registrar la actuación AEG_090 del SIM, el evento de fallecimiento. | Autoridad administrativa | Historia de Atención<br><br>SIM- Módulos beneficiarios |
| 11 | Diligenciar la casilla "Seguimiento por parte del supervisor del contrato" del "Formato F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos", en el marco de las acciones de supervisión del contrato de aporte.<br><br>Si se trata de un caso de muerte natural ocurrida en los hogares sustitutos administrados directamente por el ICBF, el (la) profesional de la Regional ICBF, referente de la modalidad, será quien deba elaborar el Plan de Acción que contenga actividades de seguimiento y acompañamiento a la unidad de servicio. | Supervisor(a) del contrato | F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos |

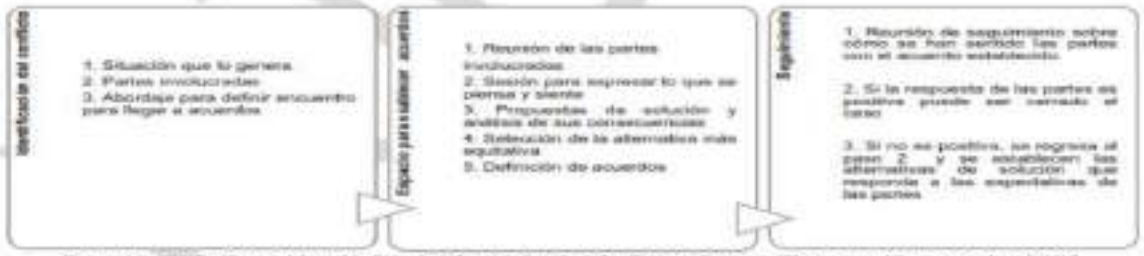
**2. Riñas:**

- **Importancia**: Las riñas, ya sean en el entorno familiar, escolar o en la comunidad, representan un riesgo directo para el bienestar físico y emocional de los menores. El reporte de estos conflictos es necesario para que las autoridades competentes puedan intervenir y mitigar los efectos negativos de la violencia, proporcionando apoyo psicológico y, si es necesario, alternativas de reubicación o protección.

- **Objetivo**: Prevenir el aumento de situaciones violentas, intervenir en la resolución de conflictos y proteger a los menores involucrados, asegurando que no queden expuestos a más violencia.

- **Ruta de actuación que se ha establecido para este tipo de casos**:

**Gráfico 1 Identificación, establecimiento de acuerdos y seguimiento a situaciones de conflicto**




**Fuente: Subdirección de Restablecimiento de Derechos – Elaboración propia, 2021**




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.

**Tabla 12 Clasificación tipos de conflictos entre pares y posibles acciones para su manejo**

| Tipo de conflicto | Acciones que se pueden desarrollar |
|---|---|
| **Tipo A**. Conflicto sin riesgo de hacerse daño entre ellos(as). | Se sugiere permanecer en calma, observando las acciones desarrolladas por niñas, niños y adolescentes. Con plena consciencia que niñas, niños y adolescentes pueden solucionarlo por su cuenta y que están teniendo una experiencia práctica en la resolución de conflictos. |
| **Tipo B**. Conflicto fuerte | Acciones centradas en la expresión emocional y la mediación del conflicto, para ello se sugiere:<br>• Reconocer el enfado «Parece que estás enfadados (a)», acción que, aunque lógica, permite en el niño, niña o adolescente hacer consciente la emoción y racionalizar de manera autónoma la conducta.<br>• Hacer un comentario sobre sus puntos de vista. «*Así que tú, Camila quieres jugar con este muñeco, y tu Jorge, lo necesitas para completar tu equipo de futbol*»<br>• Describir el problema con respeto. «*Ustedes son dos adolescentes y quieren lo mismo. Es un problema complicado*».<br>• Expresar la confianza en que ellos y/o ellas lo pueden solucionar. «*Estoy seguro de que son capaces de resolverlo ustedes solos*»<br>• Retirarse para que intenten solucionarlo solos (as). |
| **Tipo C**. Conflicto que puede ser peligroso | • Preguntar qué hacen: «*¿Están jugando a peleas o va en serio?*», al hacer este tipo de preguntas, se permite hacer consciente en niñas, niños y adolescentes sus acciones y posibilidades de respuesta ante el conflicto.<br>• Informar: Poner una regla si es que ya no estaba: «*Acá solucionamos los conflictos hablando, y rechazamos cualquier forma de violencia*»<br>• Respetar los sentimientos propios de niñas, niños y adolescentes: «*Entiendo que pueden estar sintiendo rabia o frustración y me parece que la manera como están manejando esto está siendo fuerte. ¿Qué tal si intentamos de otra forma?*» |
| **Tipo D**. Conflicto que es claramente peligroso | • Describir lo que vemos: «*Veo a dos adolescentes muy enfadadas que se pueden hacer daño, Camila noto que estás lista para golpear a Ana y Ana puede que responda igual y el daño puede ser mayor a lo que creen*». Esto es importante, ya que niñas, niños y adolescentes se sorprenden al oír la descripción y pueden bajar un poco la tensión e intensidad.<br>• Separarles: «*No es seguro que estén juntos. Respiren y analicen separados lo que generó este conflicto. Por favor cada uno de ustedes vayan a lugares diferentes*» |



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.

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|
| 1 | Abordar a los niños, niñas y adolescentes implicados(as) en la situación de agresión en un espacio neutral, determinando el estado emocional y físico de los(as) involucrados(as).<br><br>**Nota**: en los casos que los niños, niñas o adolescentes implicados(as) presenten afectación física, se deberá dar traslado a los servicios de urgencias en salud y solicitar la epicrisis | Equipo de profesionales del operador<br><br>Madre o padre sustituta(o) | Anexo de Historia de Atención<br><br>Epicrisis<br><br>Registro de experiencias |
| 2 | Generar un espacio de reflexión y establecimiento de compromisos con los niños, niñas y adolescentes involucrados(as), de acuerdo con lo establecido en los manuales de convivencia.<br><br>**Nota**: Deberá llevarse a cabo un análisis de caso en el cual se consideren los factores que dieron origen a estas situaciones para prevenir o mitigar las mismas. | Beneficiarios(as)<br><br>Equipo de profesionales del operador<br><br>Coordinador (a) del operador<br><br>Madre o padre sustituta(o) | Anexo de Historia de Atención<br><br>Acta de análisis de caso |
| 3 | Favorecer un espacio de mediación, análisis y reflexión de la situación, realizando encuentro grupal con los(as) demás niños, niñas o adolescentes que participaron indirectamente o fueron testigos de la agresión, favoreciendo el establecimiento de conclusiones, estrategias y acuerdos que permitan la convivencia y el respeto, de acuerdo a las herramientas de participación o resolución de conflictos propuestas en la propuesta de implementación y cualificación - PIYC | Equipo de Profesionales del operador<br><br>Madre o padre sustituta(o)<br><br>Coordinador (a) del Operador | Acta de Reunión operador<br><br>Evidencias que cada operador relacione para dar cumplimiento a esta acción |
| 4 | Generar un informe que contenga los aspectos relevantes de la situación, el manejo dado por el operador, el cual deberá ser remitido a la autoridad administrativa y a quien supervisa el contrato, máximo a los tres (3) días calendario después de presentado el evento. | Equipo de profesionales del operador<br><br>Coordinador (a) del operador | Informe Situaciones Complejas<br><br>Comunicación Oficial Situaciones Complejas<br><br>Anexo de Historia de Atención<br><br>Registro de experiencias |
| 5 | Evaluar una vez se tenga el informe de la situación, la pertinencia de realizar acompañamiento y valoraciones a los niños, niñas y adolescentes involucrados(as) en la situación de agresión y tomar las demás acciones a que haya lugar. | Autoridad administrativa y Equipo Técnico Interdisciplinario | SIM -Módulo beneficiarios.<br><br>Valoraciones Profesionales |
| 6 | Realizar las gestiones necesarias y registrarlas en el SIM, en la PRD_937 Reporte de eventos - Prevención de Daño Antijurídico; y, en la PRD_938 Seguimiento a Reporte de eventos - Prevención de Daño Antijurídico. | Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario | SIM -Módulo beneficiarios |
| 7 | Reportar el seguimiento al evento para dar cumplimiento a la Política de Prevención del Daño Antijurídico+ a través del Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos a la profesional delegada de la Regional del ICBF con copia a quien supervisa el contrato de aporte -F1.G17.P | Coordinador (a) del Operador | Anexo de Historia de atención<br><br>F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos |
| 8 | Diligenciar la casilla "Seguimiento por parte del supervisor del contrato" del "Formato F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos", en el marco de las acciones de supervisión del contrato de aporte | Supervisor(a) del contrato | F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos |




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

**3. Manejo de cambio de medida:**

- **Importancia**: El cambio de medida en los procesos de restauración de derechos puede surgir cuando hay una revisión o modificación de la medida de protección o atención del niño o adolescente. Un cambio de medida puede significar una reubicación, un cambio en la modalidad de atención o en las condiciones del entorno familiar. El reporte adecuado es esencial para monitorear cómo se implementa el cambio y garantizar que este se haga en el mejor interés del menor.

- **Objetivo**: Asegurar que el cambio de medida no represente un perjuicio para el niño, niña o adolescente y que se mantengan los estándares de protección y bienestar. Además, es clave para evaluar el impacto de la medida sobre el menor y verificar si la situación ha mejorado.

- **Ruta de actuación en este tipo de caso:**

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|
| 1 | Informar a la autoridad administrativa que el operador no continuará con la prestación del servicio y que por esta razón se requiere del traslado prioritario de los y las beneficiarios(as) ubicados(as) en ella. | Supervisor(a) del contrato | Oficio /Memorando<br>Correo electrónico |
| 2 | Decretar la nueva medida de ubicación, con la justificación particular del cierre de la institución o traslado masivo de beneficiarios(as) y tiempos para su cumplimiento.<br><br>**Nota 1:** Cuando la Regional no disponga de los cupos para la reubicación de los y los beneficiarios(as) en su territorio, el director regional deberá gestionar la solicitud de los cupos con las otras Direcciones Regionales del país en donde se cuente con la(s) modalidades ordenadas por las Autoridades Administrativas para su reubicación<br><br>**Nota 2:** Cuando se trate de cambio de modalidad de beneficiarios(as) con enfermedad de cuidado especial y/o diagnósticos de salud asociados a la discapacidad, se recomienda contar con concepto del médico tratante con las recomendaciones para la realización del traslado (por ej.: aéreo, terrestre, traslado de equipos de soporte ventilatorio, alimentación, medicamentos, etc.). | Autoridad Administrativa<br><br>Director(a) Regional | Correo electrónico/Memorando<br>Historia de Atención<br><br>SIM - Modulo Beneficiarios |
| 3 | Generar las boletas de ubicación, boleta de egreso y el acta de ubicación según corresponda. | Autoridad administrativa | Boleta de Egreso<br><br>Boleta de Ubicación<br><br>Acta de Ubicación en hogar sustituto<br><br>SIM – Módulo beneficiarios |
| 4 | Informar mediante comunicación escrita al operador la asignación de cupo en la nueva institución o modalidad de atención. | Autoridad administrativa | Comunicación Oficial Asignación Cupo |
| 5 | Realizar la planeación y acciones logísticas para los traslados como: lugar, día, hora, listado de ubicación de niños, niñas o adolescentes, transporte, alimentación, acompañantes, responsables de la logística. | Autoridad administrativa y Equipo Técnico Interdisciplinario Supervisor(a) del contrato<br><br>Coordinador(a) Centro Zonal<br><br>Coordinador(a) de Asistencia Técnica o Protección de la Regional | Acta de Reunión |
| 6 | Informar mediante comunicación escrita al operador en donde se encuentran ubicados(as) los niños, niñas o adolescentes, la fecha y hora en que se efectuará el traslado. | Autoridad administrativa | Comunicación Oficial Asignación Cupo<br><br>Boleta de ubicación |

PÚBLICA



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

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|
| | Asimismo, se debe solicitar al operador el alistamiento de los anexos de la historia de atención y pertenencias de las y los beneficiarios(as). De igual forma, se debe asegurar la realización de las intervenciones que sean necesarias para mantener la estabilidad emocional de las niñas, niños y adolescentes el día del traslado. Se realizará la asignación de cupo en la nueva institución o modalidad de atención, anexando las boletas de los nuevos cupos asignados | | Historia de Atención<br><br>SIM- Módulo beneficiarios |
| 7 | Comunicar por la vía más expedita a la familia o red vincular y/o referentes afectivos, el lugar en donde va a estar ubicado el niño, niña o adolescente. Esto deberá ser adelantado por el operador saliente. Asimismo, el nuevo operador deberá solicitar la autorización de encuentros familiares a la autoridad administrativa; y, posteriormente, vincular a la familia.<br><br>**Nota**: permitir a los niños, niñas y adolescentes, antes y después de ser ubicados(as), establecer contacto telefónico con la familia o red vincular de apoyo, previa autorización de la autoridad administrativa. | Operador inicial<br><br>Operador final<br><br>Autoridad administrativa | Comunicación Oficial Ubicación<br><br>Historia de Atención<br><br>Anexo de Historia de Atención<br><br>SIM-Módulo beneficiarios |
| 8 | Preparar a los(as) beneficiarios(as) para el proceso de traslado o cambio de medida, priorizando el manejo del componte afectivo, la interrupción de los lazos de apego construidos con los(as) cuidadores(as) o amigos(as) cercanos(a) de la institución, o el hogar sustituto, teniendo en cuenta el tiempo en que permanecieron en la modalidad, y demás aspectos importantes que eviten traumatismos.<br><br>Utilizar todos los mecanismos lúdicos y didácticos para que la población beneficiaria comprenda la información clara y concreta sobre el traslado que se va a adelantar; así como esta pueda expresar sus sentimientos y emociones.<br><br>Realizar una atención psicosocial individual en los casos en los que se requiera, a fin de promover la comprensión del proceso de traslado y los cambios que implica.<br><br>En el caso de hogares sustitutos administrados directamente por ICBF el equipo técnico interdisciplinario de la autoridad administrativa comunicará y preparará al niño, niña o adolescente con el tiempo suficiente para que se asegure que no se tenga impacto emocional negativo. | Equipo técnico interdisciplinario del operador | Informe<br><br>SIM -Módulo beneficiarios<br><br>Anexo de Historia de Atención |
| 9 | Realizar el traslado del niño, niña o adolescente y entregar la historia de atención a la Coordinación del nuevo operador. Dicha entrega debe ser el mismo día de la ubicación del niño, niña o adolescente | Operador saliente | Acta de entrega |
| 10 | Realizar proceso de acogida y seguimiento a la adaptación y vinculación emocional del niño, niña y adolescente. | Equipo de Profesionales del operador | Anexo Historia de Atención |

**4. Abandono irregular:**

- **Importancia**: El abandono irregular se refiere a la situación en la que un niño o adolescente queda en desprotección debido a la ausencia prolongada o negligente de sus cuidadores. Reportar estas situaciones permite una intervención rápida por parte de las autoridades competentes para que se tomen las acciones necesarias, como la colocación en un hogar de paso, la búsqueda de familiares responsables o el inicio de un proceso de adopción si es necesario.

- **Objetivo**: Proteger a los menores en situación de abandono, evitando que sufran daños adicionales y garantizando que reciban el cuidado necesario de manera oportuna.

- **Ruta de actuación**:



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.

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|
| 1 | Adelantar acciones de búsqueda activa de forma inmediata con el fin de dar con el paradero del niño, niña o adolescente, dando aviso previo por la vía más expedita a la autoridad administrativa con el fin de que esta ponga en conocimiento a la familia, red vincular y/o comunidad étnica de la situación. | Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario<br><br>Coordinador (a) y profesionales del operador<br><br>Madre y/o padre sustituto(o) | Registro de Llamada<br><br>Correo electrónico<br><br>Anexo de Historia de Atención |
| 2 | Dar aviso a la Dirección Seccional de fiscalía general de la Nación que opere en el territorio y/o Policía Nacional por el medio más expedito, dejando registro y datos de la autoridad a la cual se puso conocimiento de la desaparición del niño, niña o adolescente y demás información que dé cuenta de las acciones para dar con su paradero. A su vez, elaborar el correspondiente informe y enviarlo a la autoridad administrativa y a quien ejerce la supervisión del contrato, adjuntando los soportes de las acciones adelantadas para la búsqueda dar con el paradero del niño, niña o adolescente. | Coordinador (a) y profesionales del operador<br><br>Madre y/o padre sustituto(o) | Registro de Llamada<br><br>Anexo<br>Historia de Atención |
| 3 | El abandono irregular no será causal para la definición de la situación jurídica en el PARD, en su lugar, la autoridad administrativa deberá realizar las actuaciones pertinentes que permitan la activación del protocolo de búsqueda activa por parte de la Policía Nacional y Fiscalía General de la Nación; así mismo deberá plasmar los reportes y dejar evidencia de estos en la historia de atención. | Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario | Historia de Atención<br><br>SIM-<br>Módulos beneficiarios |
| 4 | Activar la búsqueda interna por medio de memorando a todas las Regionales ICBF, para identificar si el (la) menor de edad se encuentra en alguna de estas. Este memorando debe contener la mayor información posible relacionada con la desaparición del niño, niña o adolescente, como nombres completos, edad, número de documento de identidad, rasgos, características físicas y el relato de la desaparición que se consideren relevantes. | Autoridad administrativa | Historia de atención<br><br>SIM- Módulo beneficiarios |
| 5 | Realizar análisis de caso cuando el niño, niña o adolescente retorne voluntariamente o sea puesto a disposición nuevamente por su familia o autoridades que emprendieron su búsqueda en el hogar sustituto o institución con el fin de evaluar su situación, continuidad /o cambio en la modalidad respectiva.<br><br>**Nota 1**: en los casos de niños, niñas o adolescentes víctimas de trata. Si la autoridad administrativa determina que la vida e integridad de la niña, niño y/o adolescente se encuentra en riesgo, es importante que se valore presentar petición escrita a la Fiscalía General de la Nación, solicitando la evaluación para el ingreso al "Programa de Protección a Testigos, Víctimas e Intervinientes" donde será deber del ente investigativo brindar tal protección y seguridad a su vida.<br><br>**Nota 2:** luego de verificar el motivo del abandono irregular de la modalidad, tomar en consideración si se adelanta una reunión de caso con la autoridad administrativa y el equipo técnico interdisciplinario. | Coordinador (a) y profesionales del operador<br><br>Coordinador(a) modalidad Centro Zonal ICBF<br><br>Autoridad Administrativa<br><br>Equipo técnico interdisciplinario | Acta de reunión de caso<br><br>Anexo<br>Historia de Atención<br><br>Historia de Atención<br><br>SIM- Módulo Beneficiarios |
| 6 | Cerrar el PARD si pasados dos (2) meses no se tiene noticia alguna del paradero del niño, de la niña o del adolescente, a través de acto administrativo motivado que ordene dicha decisión. Sin embargo, si dentro de estos dos meses se vencen los términos para definir la situación jurídica, deberá emitirse el auto de cierre con anterioridad. | Autoridad administrativa | Historia de Atención<br><br>SIM- Módulo beneficiarios |
| 7 | Registrar la novedad o confirmación de egreso de la beneficiaria o beneficiario en el SIM | Operador | SIM |
| 8 | Comunicar a la Dirección de Protección- Subdirección de Restablecimiento de Derechos del ICBF, los casos de abandono irregular masivo, de manera oportuna máximo al otro día de presentarse la situación; entendidos estos, cuando se presenta la ausencia de tres (3) o más beneficiarias(os) después de 24 horas de la modalidad de restablecimiento de derechos. | Dirección Regional ICBF | Correo electrónico<br><br>Memorando |




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

Finalmente se comparte la guía orientadora para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de las niñas niños y adolescentes en las modalidades y servicios de restablecimiento de derechos del año 2023 con el fin de profundizar de manera puntual en aspectos en los que se presenta dudas o interrogantes

**Conclusiones y Recomendaciones:**

Las orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de las niñas, niños y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) son una herramienta fundamental para la protección y atención integral de los menores en situaciones vulnerables. A partir de la guía, se pueden extraer varias conclusiones clave:

1. Enfoque de derechos: La guía enfatiza la importancia de abordar cada caso desde un enfoque de derechos humanos, garantizando el respeto, la protección y el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes afectados por situaciones de vulnerabilidad.

2. Prevención y detección temprana: Uno de los puntos más importantes de la guía es la promoción de estrategias para prevenir situaciones de riesgo y detectar de manera temprana cualquier signo de violencia, abuso o negligencia. Este enfoque proactivo permite intervenir antes de que la situación se agrave.

3. Protección integral: Se subraya la necesidad de proporcionar una atención integral, no solo en términos de protección física y emocional, sino también en la rehabilitación psicosocial y el restablecimiento de los derechos, que abarca el acceso a la educación, salud, y otros servicios esenciales para el desarrollo del menor.

4. Trabajo en red y coordinación: El documento destaca la importancia de la coordinación entre distintas instituciones, tanto del ICBF como de otros organismos y actores sociales, para asegurar que los niños y adolescentes reciban el apoyo necesario en todos los niveles. La integración de esfuerzos con otros servicios de salud, justicia y educación es esencial para un manejo efectivo de las situaciones de riesgo.

5. Capacitación del personal: Es crucial que los profesionales que trabajan en estos servicios estén debidamente capacitados, no solo en aspectos técnicos, sino también en la empatía y comprensión de las realidades de los menores en situación de vulnerabilidad. Esto también incluye un manejo ético y responsable de la información.

**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS**

PÚBLICA







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.





| Compromisos / tareas | Responsables | Fechas |
|---|---|---|
| Estudiar y analizar continuamente guía orientadora de prevención frente a las diferentes situaciones de riesgo en los usuarios de la modalidad Hogar sustituto | Gestor de caso fundación social yo te cuido | Permanente |




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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **FIRMA ASISTENCIA** | | | |
| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| Laura Ximena Losada | Gestor de caso | Fundación Social Yo te cuido | |
| Shirley Gonzales | Psicóloga | Fundación Social Yo te cuido | |
| Cristian Camilo Arias | Trabajadora social | Fundación Social Yo te cuido | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | Por establecer | Por establecer | Fundación social yo te cuido sede Pitalito |
| **Encargado de realizar acta** | **Nombre y cargo** | **Entidad** | **Firma** |
| | Laura Ximena Losada | Fundación Social Yo te cuido | |

PÚBLICA



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

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

**Fecha de visita:** 28/09/2025

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

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion social Sol te cuido | Cll 7 N. 2E -03 B/ Santa Clara | — o — |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Jennifer Fernández | 1077873295 | 3222386509 |

**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 |
|---|---|---|
| 27/02/2025 | Karen Yesenia Alvarez | Fundacion Social Sol te cuido |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Cabrera | Vargas | Alzuia Viviana |
| | Identificación: 55062718 | | |

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


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

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

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

Powered by CamScanner

| Dirección: Cll 8 BN - 760 | Tel. Fijo — o — | Celular 3133803136 |
|---|---|---|
| Barrio: Sabambú | 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 | Kerly Vivana Atey Peidomo | DD/MM/AA 02/12/06 | CC 1117504923 | 2334 4762 | DD/MM/AA 21/11/19 | Defensoría de familia Barcón (H) |
| 2 | Leidy Johana Atey Peidomo | DD/MM/AA 31/03/05 | CC 1115493303 | 2334 4761 | DD/MM/AA 21/11/19 | Defensoría de familia Barcón (H) |
| 3 | Diana Marcela Olave Bustos | DD/MM/AA 12/05/09 | TI 1062727511 | 2344 0803 | DD/MM/AA 13/12/24 | Comisaría de familia Belalcazar(C |
| 4 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |
| 5 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

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




Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

A la fecha se evidencian las gestiones para la garantía de sus derechos con cadenas de los usuarios

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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




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

Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Kelly y Leidy no cuentan con red vinculos ni fortalecer parcelas encuentros biologicos ya que se encuentran en adoptabilidad. Diana Marcela a la fecha no cuenta con autorizacion para los encuentros biologicos por la autoridad administrativa.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

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



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

la documentacion se encuentra al dia y organizada.

| 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)

Leidy no cuenta con dotacion escolar ya que no se encuentra escolarizada, esta realizando una preparacion de refuerzo en el SENA en excel de 40 horas.

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

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




Powered by CamScanner

**Observaciones:**

la madre sustituta recibe la visita de forma amena. Al momento de la visita se encuentran las abuelas, las cuales no refirieron ninguna información o acontecimiento relevante dentro de los dinamismos familiares de los diferentes contextos donde se desarrollan.

**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 resbalosos, 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 |




Powered by CamScanner

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

Se evidencia en buenas condiciones de higiene y aseo la unidad de servicio.

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

No se evidencian 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita: Laura Fernanda Soto | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Alix Valentina Cubillos Vera |
|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita: Laura Fernanda Soto | Firma de la persona que recibe la visita: Alix V Cubillos V |
| CC. 1077873245 TP. 219284 | CC. 55062718 · Qui |
| Celular: 3222386509. | Celular: 3133803136. |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: alixcabrera1@hotmail. |

**Notas:**

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



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

Powered by CamScanner

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 03** | |
|---|---|
| **Hora:** 3:00 p. m | **Fecha:** 10 de Marzo de 2025 |
| **Lugar:** | Mirador 360°-La Plata (H) |
| **Dependencia que Convoca:** | Fundación Social Yo Te Cuido – Equipo Interdisciplinario |
| **Proceso:** | Misional – Protección – Restablecimiento de Derechos. |
| **Objetivo:** | Adquirir herramientas de fortalecimiento de la autoestima y la confianza en el misma como las madres sustitutas. |

**Agenda**:

- Saludo de Bienvenida
- Desarrollo
- Decisiones
- Compromisos

**Saludo de Bienvenida:**

Se da inicio al encuentro programado a las 3:00 pm con la presencia de las Madres Sustitutas y equipo interdisciplinario, se agradece por la asistencia y esfuerzo por compartir el espacio para el fortalecimiento de las técnicas para promover hogares sustitutos seguros en todos los aspectos.

El tema a tratar es: **Técnica de Disciplina Positiva.**

**Desarrollo:**

Se dio inicio a la jornada formativa, la cual tiene como objetivo Adquirir herramientas de fortalecimiento de la autoestima y la confianza en el misma como las madres sustitutas, se realiza una actividad rompe hielo:

**“El Espejo”**

**Objetivo:** Comprender la importancia del ejemplo en la crianza.

**Desarrollo:**

1. Se forman parejas. Un integrante hace movimientos aleatorios y el otro debe imitarlos como si fuera su reflejo.
2. Luego, se reflexionó sobre cómo los niños aprenden por imitación y la importancia de dar el ejemplo con acciones positivas.

El Trabajador Social, Cristian Camilo Arias Arias, se inicia comentando que: La disciplina positiva es un enfoque educativo que se centra en fomentar el respeto mutuo, la empatía y la comunicación efectiva entre padres y niños, sin recurrir al castigo físico ni a la humillación. Este enfoque busca enseñar a los niños a ser responsables de sus acciones y a desarrollar habilidades sociales y emocionales.

1. **Establecer reglas claras y consistentes**

**Explicación:** Es fundamental que los niños conozcan las expectativas y las reglas de manera clara. Además, estas reglas deben ser consistentes para evitar confusión.

**Técnica:** Cuando estableces una regla, asegúrate de explicarla en términos simples y siempre aplícala de manera coherente. Por ejemplo, "En nuestra casa no gritamos", y si ocurre, calmadamente puedes recordar la regla y ofrecer alternativas como hablar en voz baja.

2. **Fomentar la comunicación respetuosa**

**Explicación:** Escuchar activamente a los niños y modelar una comunicación respetuosa es esencial para que los niños aprendan a expresarse de manera asertiva y sin violencia.

**Técnica:** Utiliza frases como "¿cómo te sientes?", "¿qué necesitas?" o "cuéntame qué pasó". Al hacer preguntas abiertas, fomentas que el niño exprese sus emociones y pensamientos sin temor al juicio**.**

PÚBLICA

**3. Usar el refuerzo positivo**

**Explicación:** El refuerzo positivo se enfoca en reconocer y premiar las conductas deseadas en lugar de castigar las no deseadas. Esto aumenta la probabilidad de que el comportamiento adecuado se repita.

**Técnica:** Elogia de manera específica y sincera. En lugar de simplemente decir "¡Buen trabajo!", podrías decir "Me gusta cómo compartiste tu juguete con tu hermano. Eso es muy amable de tu parte."

**4. Dar opciones en lugar de órdenes**

**Explicación:** Ofrecer opciones empodera al niño y le da un sentido de control, lo que reduce la resistencia a las normas y aumenta la cooperación.

**Técnica:** En lugar de ordenar directamente, ofrece dos alternativas que sean aceptables. Por ejemplo, "¿Prefieres guardar tus juguetes ahora o después de comer?" Esto le permite tomar decisiones dentro de los límites que tú has establecido.

**5. Usar las consecuencias naturales**

**Explicación**: Las consecuencias naturales son aquellas que ocurren como resultado directo de la acción del niño, sin la intervención de los padres. Esto les ayuda a aprender de sus errores de una manera más natural.

**Técnica:** Si un niño olvida su abrigo en casa, la consecuencia natural es que sienta frío fuera. Este tipo de consecuencias enseña a los niños la relación entre sus acciones y los resultados.

**6. Modelar el comportamiento adecuado**

**Explicación:** Los niños aprenden observando el comportamiento de los adultos, por lo que es crucial modelar el comportamiento que deseas ver en ellos.

**Técnica:** Si deseas que tu hijo sea amable con los demás, asegúrate de mostrar amabilidad tú mismo, tanto con él como con otras personas. Los niños imitan lo que ven en casa.

**7. Fomentar la autonomía y la responsabilidad**

**Explicación:** Dar al niño la oportunidad de tomar decisiones y asumir responsabilidades pequeñas les ayuda a desarrollar confianza y habilidades para la vida.

**Técnica:** Asignar tareas sencillas como poner la mesa o ordenar su habitación les enseña que forman parte de un equipo y que son responsables de sus acciones.

**8. Enseñar sobre los sentimientos y las emociones**

**Explicación:** Los niños que comprenden y gestionan sus emociones de manera efectiva tienen menos probabilidades de recurrir a comportamientos impulsivos o destructivos.

**Técnica:** Habla sobre los sentimientos de una manera abierta, por ejemplo, "Entiendo que estés molesto porque no puedes jugar más tiempo, pero es hora de dormir." Además, enseña vocabulario emocional para que puedan identificar y expresar lo que sienten.

**9. Ofrecer apoyo emocional**

**Explicación:** Asegúrate de que el niño sepa que, aunque las acciones puedan tener consecuencias, siempre se le quiere y se le apoya.

**Técnica:** Si un niño se comporta de manera inapropiada, en lugar de gritar o castigar, muestra empatía primero: "Sé que estás frustrado por no poder jugar más, pero debemos seguir las reglas. ¿Cómo podríamos hacer que mañana sea un mejor día para ti?"

**10. Evitar el castigo físico y verbal**

**Explicación:** La disciplina positiva se aleja de los castigos físicos y el uso de gritos, ya que estas acciones pueden dañar la relación entre padres e hijos y no enseñan habilidades de autorregulación a largo plazo.

**Técnica:** En lugar de castigar, enfócate en las soluciones. Por ejemplo, si el niño se porta mal en casa, podrías pedirle que piense en una forma de corregir el comportamiento y hablar sobre lo que se puede hacer la próxima vez. La disciplina positiva se enfoca en construir una relación de confianza y respeto entre padres e hijos. Esta conexión emocional sólida es fundamental para que los niños se sientan seguros, escuchados y valorados. Los niños que se sienten apoyados emocionalmente son más propensos a escuchar, aprender y cooperar.

Al centrarse en la enseñanza y el refuerzo de comportamientos positivos, la disciplina positiva reduce la necesidad de recurrir a castigos, los cuales pueden ser contraproducentes. Los castigos pueden generar resentimiento, miedo o confusión, mientras que el enfoque positivo promueve comportamientos adecuados de manera más efectiva.

PÚBLICA



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

**Conclusiones y Recomendaciones:**

En conclusión, las técnicas de disciplina positiva no solo ayudan a corregir comportamientos, sino que también crea un entorno que promueve el desarrollo integral de los niños, enseñándoles a ser responsables, empáticos, y emocionalmente inteligentes. Este enfoque tiene beneficios a largo plazo tanto para los niños como para los padres, ya que fomenta relaciones más saludables y una convivencia más armónica en el hogar.

Durante la jornada, se evidenció un gran interés y participación activa de las familias sustitutas. Las familias agradecen el fortalecimiento técnico brindado por parte del operador Yo Te Cuido.

**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS**





POLICA



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

| **Compromisos / tareas** | **Responsables** | **Fechas** |
|---|---|---|
| Al cierre se genera como compromiso; aplicar las Técnicas de Disciplina Positiva ante los diferentes procesos de los usuarios de la Modalidad Hogar Sustituto. | Profesionales Fundación Social Yo te cuido. | Permanente |

**FIRMA ASISTENTES**

| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
|---|---|---|---|
| CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS | Trabajador Social | Fundación Social Yo te cuido | [illegible] |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | Por establecer | Por establecer | Fundación social yo te cuido sede La Plata |

PÚBLICA



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

9/marzo/25.

la niña yeimi a estado muy bien de salud, come y duerme muy bien es juiciosa cumple con los oficios que se le asigna en el hogar es educada amable, responsable con su estudio hace las tareas y trabajos que le deja la profe y es muy proactiva en casa y cumple con su higiene personal.

16/mar/25.

Yaimí es muy amable, servicial, Comple con los oficios en Casa es muy atenta come y duerme muy bien, mantiene de muy buen humor juega con su hermano se divierten es una niña responsable con su estudio Comple con sus tares y trabajos academicos.

Powered by CamScanner

23/marz/25.

Yamí es una niña qe mantiem muy alegre Contenta se distruta Cada momento es responsable, amable, educada. Comple Con los oficios en Casa y Con sus Cosas personales hace tareas y trabajos dl Colegio Come y deerme muy bien esta muy bun de salud esta Contenta Con las visitas Biologicas Coando viene su mamá y hermanos.

31/marte/25.

Hoy yeimi se levanto muy alegre es una niña juiciosa responsable, educada, amable muy servicial Cumple con los oficios que se le asignan en casa come y duerme muy bien esta bien de salud.

yeimi continua en odontologia todavia le faltan algunas citas mas y termina su tratamiento. Con odontologia Tambien ya iniciaron con actividad Creativa

Estan en atletismo y llevan 2 semanas asistiendo alas clases juiciosos y estan contentos con los ejercicios que realizan

Laura Fernández S
Psicóloga
T.P. 219284

Tema: MARZO 1- 10 | Día | Mes | Año | ESTILO

DIFICULTADES: el día 4 de marzo pasada no tuve terapias con la Neuropsicologa, porque la autorización que Sanitas me hubo dado no estaba activa, me dirige nuevamente a Sanitas me hicieran nuevamente el procedimiento pero hasta el momento no me ha llegado el número de la autorización, se lo solicitamos también por medio de tutelas se envió correo nuda de respuesta.

SALUD: Continuo pasada con las terapias domiciliarias, física, ocupacional y de lenguaje, pasa a control por odontología se expidió certificado.

MARZO 11- 17/ 2025

DIFICULTADES: no hemos podido continuar con las terapias de Neuropsicología los días martes Sanitas me la autoriza pero cuando ya a facturar no estaban liberados, volví nuevamente a Sanitas y me dicen que el fin de semana se liberan pero nada para facturar las hable con la doctora y me dice que cuando solicitan le da nuevamente el cupo en la sistema

Notas

Tema | Día | Mes | Año | ESTILO

Por otro lado continúa con sus crisis más
a menudas se pone muy brava, se pega ca-
chetadas, se arranca el cabello y se lacera
se pone a gritar muy duro, continúa
con los medicamentos prescritos.

MARZO 18-24 | 2025

SALUD: Paula este bien de salud, hay que
cuidar bien de la piel utilizando la crema
labiales ya que le hidrata muy bien la
piel.
Continuamos con las terapias domiciliarias
Física, ocupacional y del lenguaje para
los trabajos mucho mejor le agradan que le
hagan masajes.
En cuanto las terapias de Neuropsicología Yan
Sanitho no le gustó le gustó comprendo nuevamente
que la mamá no le dé cupo.

ALIMENTACIÓN: Está consumiendo todo
clase de alimentos le gusta los verduras,
bueno con leche, yogurt.

Notas

Scanned with CamScanner

Tema: MARZO 25- 31 | 2025 | Día | Mes | Año | ESTILO:

SALUD: El día 28 de marzo pasado asistió a cita de control por nutrición en el cerne esta bien de peso le falta aumentar de talla, recomendaciones no consumir harinas, control nuevamente en 6 meses. Continuamos con las terapias domiciliarias física, ocupacional y de lenguaje en pausa le agrada mucho que le realicen secciones de masajes, le encanta los ruidos de animales y música de relajamiento.

DIFICULTADES: Continua con los cortes esta bien cuando de repente se pone muy brava, se ríe de la nada le da patadas al piso, se pone a llorar muy duro se calma cuando se le da la comida y al rato continua llorando, le doy los medicamentos como el prigusaha se los envio en ocasiones se despierta a la madrugada se pone a reir muy duro y le da patadas a la pared y cuando esta amaneciendo se queda dormida nuevamente otros cortes.

Notas:

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3** | |
|---|---|
| **Hora:** 2:30 p. m | **Fecha:** 31 de marzo 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**:

- Saludo de Bienvenida
- Información general
- Desarrollo temático
- Compromisos

**Saludo de Bienvenida:** Dando inicio al encuentro programado y siendo lunes 31 de marzo de 2025 el gestor de caso brinda caluroso saludo de bienvenida para cumplimiento a la agenda, se interactúa con las participantes de manera amena, creando espacios de confianza para una interacción asertiva y propicia en el entorno laboral

.**Información General:** Se abre espacio para despejar dudas frente a otros procesos que se adelantan en la fundación con el apoyo de las madres sustitutas en pro de las niñas niños y adolescente de la fundación social yo te cuido, se brinda información general entre otras.

**Desarrollo temático:** Se orienta la finalidad del taller siendo este el reconocimiento de “GUIA ORIENTADORA FRENTE A SITUACIONES DE RIESGOS QUE SE PRESENTAN EN LA MODALIDAD HOGAR SUSTITOS PARA LAS NIÑAS, NIÑO Y ADOLESCENTE” como lo apredispuesto el Instituto colombiano de bienestar familiar.

En ese sentido encontramos que por la extensión del documento se socializa las rutas de actuaciones en los casos que hipotéticamente ocurren con frecuencia en las unidades de servicio

Adicionalmente se comparte la guía de manera digital para el fácil acceso al mismo y para que de la misma manera lo continúen estudiando

PÚBLICA

**Fuente: Subdirección de Restablecimiento de Derechos – Adaptación para la presente Guía. 2021.**

**Tabla 6. Acciones de prevención y recomendaciones en casos de golpes por y contra objetos**

| GOLPES POR Y CONTRA OBJETOS<br>Son las que se generan cuando alguna parte del cuerpo de un(a) beneficiario (a) entra en contacto con objetos cortantes, punzantes o abrasivos, tales como: cuchillos; tijeras; agujas; arandelas; puntillas; tijeras, entre otros; o, cuando se generan contusiones[**] o magulladuras[***]. | |
|---|---|
| **Acciones de prevención** | **Recomendaciones** |
| Este tipo de lesiones son muy frecuentes, las cuales no presentan gravedad y casi casi comprometen la vida, aunque hay que evitar la contaminación y posterior infección de las mismas. Algunas acciones que permitan que se produzcan, se describen a continuación:<br><br>• Tener buena iluminación cuando se usen elementos cortantes como cuchillos, tijeras, alfileres.<br>• Proteger los bordes y salientes de mesas, escritorios, barandas, entre otros.<br>• Evitar que los niños, niñas o adolescentes, jueguen con envases de vidrio o latas (por los bordes cortantes).<br>• Colocar autoadhesivos decorativos en ventanales de vidrio, con el fin de que sea visible cuando estén abiertas.<br>• Señalizar cuando los pisos estén húmedos o hayan utilizado productos tipos cera o enjuagues, para efectos de evitar caídas y lesiones. | Se recomienda trasladar al niño, niña o adolescente lo antes posible para atención médica, donde dependerá del tipo de lesión y gravedad con la que se muestre la misma, la intervención que haga el sector salud.<br><br>Es importante que para efectos de prevenir infecciones, el niño, niña y adolescente, lave bien sus manos con agua y jabón, y, luego, la herida y alrededores.<br><br>**Si la herida presenta hemorragia**<br><br>• Para detener o disminuir el sangrado, debe aplicarse una compresa o tela limpia haciendo presión.<br>• Si se encuentra en piernas o brazos: levantar el miembro a un nivel superior al corazón, esto puede detener o reducir la hemorragia.<br>• Si el sangrado no se detiene, es conveniente colocar más compresas y realizar un vendaje.<br>• NO usar torniquetes.<br><br>**Frente a heridas no sangrantes**<br><br>• Luego de un abundante lavado con agua y jabón blanco, use antiséptico líquido. |

[**] Los cuales se producen por la resistencia ejercida por los tejidos frente a un golpe, lo cual presenta bordes irregulares y tiende a aparecer y formar una costra en la piel.

[***] Son lesiones cerradas causadas por un golpe. No presentan bordes definidos, sino que son distinguen como una mancha por bajo cutáneo.

**Tabla 7. Acciones de prevención y recomendaciones en casos de caídas de altura**

| CAIDAS DE ALTURA<br>Son las que se generan por cualquier caída de un(a) beneficiario (a) desde una altura física mayor a la suya. | |
|---|---|
| **Acciones de prevención** | **Recomendaciones** |
| La principal recomendación es identificar a los niños, niñas, adolescentes y sitios que estén expuestos(as) a este tipo de accidentes, y, establecer un esquema de prevención y control para el acceso a los mismos, partiendo de esos riesgos encontrados. La anticipación es una herramienta importante a la hora de prevenir estos accidentes pues cada niño, niña o adolescente gatea, camina y corre conforme a su propio proceso evolutivo; y, por ende, hay que advertir que cualquiera puede escalar o arrastrar, por lo que hay que tener presente que en cualquier momento podrá adquirir dicha habilidad. Sin embargo, a continuación, se enlistan algunas otras que pueden aportar:<br><br>- Control de acceso a las zonas de trabajo en alturas como azoteas. Estas deben estar cerradas y aseguradas para que no se puedan ingresar a ellas sin autorización o control.<br>• Señalizar y etiquetar las zonas de riesgo. Todas deben estar acordonadas, cerradas o con candado de acuerdo a la norma respectiva.<br>• Verificar, proteger arreglar las barandas o rejas de terrazas, los pasamanos, ventanas sin protección, zanjas, pozos, alfiles y demás estructuras que estén elevadas.<br>• Asegurar (si los hay) el buen estado de materiales y funcionamiento de juegos exteriores (toboganes, hamacas) y de bicicletas o triciclos. Si es posible, colocar elementos de protección (cascos, rodilleras, coderas, etc.), cuando vayan a hacer uso de estos últimos.<br>• Eliminar del alcance de niñas y niños elementos ornamentales y equipamiento que propicien la escalada, ya que al estar en proceso de desarrollo su motricidad puede implicar un escaso dominio corporal; y, por ende, un mayor riesgo de caída.<br>• Distribuir el espacio, dejando a un lado estético, a la hora de ubicar cunas, camas o camarotes, cambiadores, entre otros; que no estén próximos a ventanas; y, que estas, incorporen bloqueos o dispositivos de seguridad infantil.<br>• Tener en cuenta cuando los lugares cuenten con balcones o terrazas, o barandas en escaleras (especialmente si los travesaños están en posición 'horizontal), que huecos mayores a 10 centímetros, son riesgo no solo de caída sino de asfixia; y, que, el lanzamiento de objetos al exterior, también puede suponer un factor de riesgo para otras personas y transeúntes.<br>• Asegurar una buena iluminación natural en todos los ambientes y fácil acceso al encendido de luz artificial.<br>• Evitar utilizar escaleras portátiles de poca estabilidad, así como dejarlas abandonadas con riesgo a ser utilizadas por parte de niños, niñas o adolescentes. | Control de acceso a las zonas de trabajo en alturas como azoteas. Estas deben estar cerradas y aseguradas para que no se puedan ingresar a ellas sin autorización o control.<br>• Señalizar y etiquetar las zonas de riesgo. Todas deben estar acordonadas, cerradas o con candado de acuerdo a la norma respectiva.<br>• Verificar, proteger arreglar las barandas o rejas de terrazas, los pasamanos, ventanas sin protección, zanjas, pozos, alfiles y demás estructuras que estén elevadas.<br>• Asegurar (si los hay) el buen estado de materiales y funcionamiento de juegos exteriores (toboganes, hamacas) y de bicicletas o triciclos. Si es posible, colocar elementos de protección (cascos, rodilleras, coderas, etc.), cuando vayan a hacer uso de estos últimos.<br>• Eliminar del alcance de niñas y niños elementos ornamentales y equipamiento que propicien la escalada, ya que al estar en proceso de desarrollo su motricidad puede implicar un escaso dominio corporal; y, por ende, un mayor riesgo de caída.<br>• Distribuir el espacio, dejando a un lado estético, a la hora de ubicar cunas, camas o camarotes, cambiadores, entre otros; que no estén próximos a ventanas; y, que estas, incorporen bloqueos o dispositivos de seguridad infantil.<br>• Tener en cuenta cuando los lugares cuenten con balcones o terrazas, o barandas en escaleras (especialmente si los travesaños están en posición horizontal), que huecos mayores a 10 centímetros, son riesgo no solo de caída sino de asfixia; y, que, el lanzamiento de objetos al exterior, también puede suponer un factor de riesgo para otras personas y transeúntes.<br>• Asegurar una buena iluminación natural en todos los ambientes y fácil acceso al encendido de luz artificial.<br>• Evitar utilizar escaleras portátiles de poca estabilidad, así como dejarlas abandonadas con riesgo a ser utilizadas por parte de niños, niñas o adolescentes.<br><br>Cuando se produce una caída desde altura es importante no mover al niño, niña o adolescente; cubrirlo con prendas de abrigo y contactar de inmediato a la entidad de salud más cercana; o a emergencias en el 123; a fin de que pueda venirle ayuda médica lo más pronto posible. |




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.

**Tabla 10. Pautas claves para hacer seguimiento y determinar el riesgo suicida**

| Conductas para identificar | Acciones para desarrollar |
|---|---|
| • Hablar, leer o escribir excesivamente sobre la muerte.<br>• Preocupación por temas relacionados con la muerte.<br>• Pensamientos de muerte, como "no puedo ni quiero seguir adelante", "desearía estar muerto(a)", pero no tiene ningún plan concreto.<br>• Situaciones de acoso por parte de los(as) pares y personas adultas presentes en la modalidad y servicio de restablecimiento de derechos.<br>• Cambios en la conducta, aislamiento social, e interés reducido en actividades anteriormente importantes.<br>• Cuando el niño, niña o adolescente tienen conductas de autolesiones. | • Ofrecer apoyo emocional.<br>• Solicitar atención primaria en salud mental.<br>• Mantener un seguimiento continuo al niño, niña o adolescente. |
| • Amenazas directas: "me quiero matar", o, indirectas "ojalá pudiese dormirme y jamás despertar".<br>• Notas con mensajes suicidas.<br>• Tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos. | • Ofrecer apoyo emocional.<br>• Remitir a salud mental y concertar una cita urgente (antes de 72 horas).<br>• Mantener un seguimiento continuo al niño, niña o adolescente. |
| Tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente. | • Estar permanentemente con el niño, niña o adolescente. Nunca dejarle solo(a)<br>• Mantener conversación y alejar los medios potenciales de suicidio.<br>• Llevar inmediatamente al niño, niña o adolescente a urgencias para su valoración por salud mental. Es de resaltar que la ideación suicida no corresponde a una urgencia médica, sin embargo, si es posible gestionar cita por psicología. |

**Fuente: Subdirección de Restablecimiento de Derechos. Elaboración propia 2021**

| No. | Actividad | | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Evaluar previo a la ubicación del niño, niña o adolescente en alguna de las modalidades de atención, las condiciones de inestabilidad emocional, consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas, presencia de enfermedad crónica incapacitante o dolorosa o condiciones físicas y/o emocionales ante las cuales se deberá gestionar la atención inmediata de salud que se requiera previo al ingreso a la modalidad | | Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario | Historia de atención (informes equipo técnico interdisciplinario, entrevista, declaraciones, epicrisis) |
| 2 | Identificar en la evaluación preliminar si hay la presencia de factores de riesgo de ideación suicida, amenaza suicida e intento de suicidio en el niño, niña y adolescente, así mismo, determinar hasta qué punto estas ideas suicidas pueden llegar a materializarse, una vez ubicado(a) el niño, niña o adolescente en el servicio o la modalidad.<br><br>**Nota**: en la modalidad de ubicación inicial de Centro de Emergencia, esta actividad se debe consagrar en el formato plan de caso – ubicación inicial. | | Equipo profesional del operador<br><br>Madre o Padre Sustituto(a) | Informe<br><br>Acta de análisis o reunión de caso<br><br>Formato Plan de caso – Ubicación inicial |
| 3 | Llamar a la línea de emergencia local de la Entidad Promotora de Salud- EPS, cuando se identifiquen casos de ideación o intento de suicidio | En los casos de intento de suicidio, solicitar intervención de urgencias (antes de 72 horas) | Equipo profesional del operador<br><br>Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario (en administración directa de hogares sustitutos)<br><br>Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados (en articulación con la madre o padre sustituto(a)) | Solicitud y/o Asignación Cita<br><br>Registro de llamadas<br><br>Epicrisis<br><br>SIM-Módulo beneficiarios<br><br>Anexo Historia de Atención |
| | | En los casos de ideación suicida, solicitar cita en atención primaria en salud mental. | | |
| | | En los casos en los que la ideación o amenaza suicida se presente en niños, niñas y adolescentes indígenas es importante que se informe a la EPS acerca de esta característica, con el objetivo de que dicha sector pueda tener en cuenta esta información para las gestiones oportunas e implementación del enfoque diferencial étnico. | | |




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

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|
| | para poner en conocimiento a la autoridad administrativa, con el fin de que esta comunique a la familia y adelante la activación de rutas intersectoriales correspondientes. Esto último salvo si, el operador ya ha activado la ruta en salud y si dicho sector ha puesto en conocimiento del sector justicia la situación.<br><br>**Nota**: Si la presunta persona agresora es el (la) Coordinadora, se deberá informar a cualquier integrante de la Junta Directiva de la Institución. | | |
| 2 | Separar de manera inmediata, a la presunta persona agresora de la atención directa e indirecta de los niños, niñas y adolescentes, en atención a la solicitud elevada por el (la) supervisor(a) de contrato.<br><br>En casos de violencia entre beneficiarios(as) se deberá separar o reubicar a la presunta persona agresora, este último estará a cargo de la autoridad administrativa[157].<br><br>**Nota 1**: si el traslado o la ubicación no es efectiva de manera inmediata, la autoridad administrativa tendrá que continuar gestionando prioritariamente el mismo; y, el operador tendrá que generar estrategias de mayor vigilancia y control sobre la situación. | Quien conoce de los hechos<br><br>Supervisor(a) de contrato<br><br>Empleador(a) del operador<br><br>Coordinador(a) de la entidad administradora del hogar sustituto<br><br>Junta Directiva de la Institución<br>Autoridad administrativa | Informe Situación Violencia o Negligencia |
| 3 | Informar de manera INMEDIATA la situación presentada a través de correo electrónico a la autoridad administrativa y a quien supervisa el contrato.<br><br>Nota: si el caso se presenta en un hogar sustituto, la autoridad administrativa retirará y reubicará de manera inmediata a todos los niños, niñas o adolescentes que encuentren allí, cuando el (la) presunto(a) agresor(a) sea integrante de la familia. De igual manera deberá informar a la familia biológica o red vincular sobre el nuevo lugar de ubicación. Así mismo informar a la coordinación del respectivo Centro Zonal para que en los casos de la modalidad hogar sustituto se inicie paralelamente el procedimiento establecido en la Resolución 5062 de 2021[158].<br><br>En el caso de la modalidad hogar sustituto administrada directamente por el ICBF, la situación deberá ser informada a la Coordinación del Centro Zonal ICBF que tenga a cargo el seguimiento de la unidad de servicio. | Coordinador (a) del operador<br><br>Madre o padre sustituto<br><br>Autoridad Administrativa<br><br>Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | Correo Electrónico<br><br>Historia de Atención<br><br>SIM- Módulo Beneficiarios |
| 4 | Identificar si el niño, niña o adolescente víctima de la presunta situación de violencia o negligencia, requiere atención por el sector salud.<br><br>En los casos de violencia sexual ocurridas entre beneficiarios(as), deberán remitirse a valoración médica tanto a la víctima como a la | Auxiliar de enfermería y/o psicóloga de la modalidad del operador | Valoración y Atención<br><br>Epicrisis |

[157] Estas situaciones se establecen con el fin de evitar revictimización y confrontaciones entre la víctima y la presunta persona agresora. Se deberá




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

| No. | Actividad | | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Identificar el lugar y contexto de fallecimiento. | Si ocurrió en las instalaciones del operador o del hogar sustituto, continuar con la actividad No. 2. | Coordinador(a) del operador<br><br>Madre o padre sustituto(a) o algún miembro de la red de apoyo | Documento de registro que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin |
| | | Si ocurrió en un lugar diferente al operador u hogar sustituto, continuar con la actividad No. 3 | | |
| 2 | Comunicar de manera inmediata a la Estación de Policía correspondiente y/o a la línea de emergencias del municipio o ciudad, registrando la comunicación en el documento que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin, con los datos mínimos de nombre del niño, niña o adolescente, fecha y hora en que realiza la llamada y persona que la recibe. | | Coordinador(a) del operador<br><br>Madre o padre sustituto(a) o algún miembro de la red de apoyo<br><br>Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | Documento de registro que maneje la modalidad o servicio de restablecimiento de derechos para tal fin |
| 3 | Informar el fallecimiento del niño, niña, adolescente a la autoridad administrativa y a quien ejerce la supervisión del contrato.<br><br>En el caso de hogares sustitutos, la madre o padre sustituto(o) informarán al operador o al Coordinador de Centro Zonal; y, este a su vez, a la autoridad administrativa y al supervisor(a) del contrato. | | Coordinador(a) del operador<br><br>Madre o padre sustituto(a) o algún miembro de la red de apoyo | Correo Electrónico<br><br>Registro de llamada<br><br>Anexo de Historia de Atención |

PÚBLICO



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

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|
| | Si el hogar sustituto es administrado por el ICBF, se debera informar a la autoridad administrativa y al referente de la modalidad del Centro Zonal del ICBF correspondiente, por parte de la madre o padre sustituto (o ). | Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | |
| 4 | Informar a la familia, red vincular de apoyo o comunidad étnica, sobre el fallecimiento del niño, niña o adolescente. Debe incluirse, además la gestión con salud frente a las acciones terapéuticas para manejo del duelo en los casos que se requiera. | Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario y/o<br><br>Coordinador(a) del operador<br><br>Coordinador(a) de Centro Zonal (en caso de los hogares sustitutos directos) | Historia de Atención<br><br>SIM – Módulo Beneficiarios |
| 5 | Adelantar el trámite correspondiente con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses respectivo y el de la generación del registro de defunción respectivo. | Autoridad Administrativa. | Historia de Atención<br><br>Solicitud de Procedimiento Funerario<br><br>Registro de defunción<br><br>SIM – Módulo Beneficiarios |
| 6 | Ordenar cuando se trate de la modalidad de hogar sustituto, el traslado de los otros niños, niñas o adolescentes que se encuentran ubicados(as) en este hogar a otra unidad de servicio previamente preparada por el operador o Regional del ICBF.<br>En administración directa por los profesionales del equipo de apoyo respectivo. | Autoridad Administrativa.<br><br>Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | Formato Acta de Ubicación en Hogar Sustituto<br><br>Historia de Atención<br><br>SIM – Módulo Beneficiarios |
| 7 | Brindar acompañamiento psicosocial a la familia y a la red vincular del niño, niña o adolescente, así como a la familia sustituta donde se encontraba ubicado(a), con el fin de manejar la elaboración del duelo y demás emociones derivadas de su fallecimiento. | Equipo Tecnico interdisciplinario del operador<br><br>Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario<br><br>Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | Historia de Atención<br><br>Anexo de Historia de Atención |
| 8 | Elaborar y entregar al dia hábil siguiente al fallecimiento, el informe de acciones adelantadas a la autoridad administrativa, a quien supervisa el contrato de aporte y a la Coordinación del Centro Zonal del ICBF, el cual deberá contener como mínimo:<br><br>• Circunstancias previas, durante y posterior al fallecimiento. | Coordinador (a) del operador<br><br>Equipo Técnico interdisciplinario del operador | Informe de fallecimiento<br><br>Comunicación oficial fallecimiento |

PUBLICA



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

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|---|---|---|---|
| | • Circunstancias de modo, tiempo y lugar; y, si se cuenta con algún antecedente de diagnóstico médico.<br>• Acciones que se generaron con la comunidad institucional o con los integrantes del hogar sustituto.<br>• Tiempo de permanencia del niño, niña o adolescente cuando su fallecimiento ocurrió en un centro hospitalario, adjuntando la epicrisis.<br><br>**Nota 1:** en el caso de Hogar Sustituto administrado directamente por el ICBF, el informe debe ser elaborado por las(os) profesionales de apoyo al proceso de atención y remitido a la autoridad administrativa y a la coordinación del Centro Zonal ICBF.<br><br>**Nota2:** Este informe deberá ser registrado en el SIM por parte de la autoridad administrativa. | Autoridad administrativa<br><br>Profesionales de hogares sustitutos directos cualificados | Historia de atención<br><br>SIM- Módulo beneficiarios |
| 9 | El (la) supervisor(a) de contrato verificará que el operador o la entidad administradora de los hogares sustitutos haya realizado lo establecido en las acciones de atención ante este evento. | Supervisor (a) del contrato | Informe y soporte de las acciones realizadas frente al evento |
| 10 | Registrar la actuación AEG_090 del SIM, el evento de fallecimiento. | Autoridad administrativa | Historia de Atención<br><br>SIM-Módulos beneficiarios |
| 11 | Diligenciar la casilla "Seguimiento por parte del supervisor del contrato" del "Formato F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos", en el marco de las acciones de supervisión del contrato de aporte.<br><br>Si se trata de un caso de muerte natural ocurrida en los hogares sustitutos administrados directamente por el ICBF, el (la) profesional de la Regional ICBF, referente de la modalidad, será quien deba elaborar el Plan de Acción que contenga actividades de seguimiento y acompañamiento a la unidad de servicio. | Supervisor(a) del contrato | F1.G17.P – Formato para el reporte de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas por lesiones, violencia sexual, conducta suicida, riñas y fallecimientos |

PUBLICA



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

**CONCLUSIONES:** como se mencionaba con anterioridad, por la disposición del espacio y del tiempo no se logra socializar por completo, el documento donde en este sesión se socializa rutas de actuación frente a situaciones como lo son, conductas suicidadas, accidentes por inducción, y fallecimiento.

**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS**







PRUEBA



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

| Compromisos / tareas | Responsables | Fechas |
|---|---|---|
| Estudiar la guía de orientaciones frente a situaciones de riego que se presentan en la modalidad hogar sustitutos para las niñas niños y adolescentes<br><br>Brindar el apoyo permanente y continuo desde el equipo interdisciplinario de fundación social yo te cuido en caso de una situación fáctica | Profesionales Fundación Social Yo te cuido. | Permanente |

| **PERSONA QUE REALIZA EL ACTA.** | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| Nicolas Castaño | Gestor de caso | Fundación Social Yo te cuido | En original |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | Por establecer | Por establecer | Fundación social yo te cuido sede Pitalito |

PÚBLICA



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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

| | |
|---|---|
| FO-PI-08 | 13/06/2024 |
| Versión: 6 | Página: 2 de 2 |
| Clasificación de la información: Pública | |

ACTIVIDAD: FORTALECIMIENTO TECNICO A MADRES SUSTITUTAS GUIA ORIENTADORA SITUACIONES DE RIESGO

FECHA: 31 DE MARZO 2025

HORA INICIAL: 2:30 PM

HORA FINAL: 4:30 PM

LUGAR: AUDITORIO CENTRO ZONAL NUBE PITALITO

DEPENDENCIA LIDER: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO -FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | |
| 1 | YENNI ANDREA ROJAS RAMOS | 36293823 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 2 | LUZ NELLY URBANO | 26567386 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 3 | YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA | 1083867399 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 4 | MARYEN LUCIA NARVEZ | 25260920 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 5 | PAULA ALEJANDRA RIVERA | 1082778043 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 6 | DIANA PATRICIA SARRAGAN | 1083883001 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | 3167410778 | dpatricia1730@hotmail.com | |
| 7 | GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS | 36288068 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 8 | YUDIS PAOLA HOYOS OSORIO | 36288106 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 9 | KAREN DARIANA CALDERON | 1083883442 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | 3229080737 | | |
| 10 | OHIURA DIAZ MOLINA | 36295884 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |

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

Scanned with CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 002 | |
|---|---|
| **Hora: 2:30 PM** | **Fecha: 02-03-2025** |
| **Lugar:** | *SEDE ADMINISTRATIVA YO TE CUIDO PITALITO* |
| **Dependencia que Convoca:** | *FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO GESTOR DE CASO* |
| **Proceso:** | *MISIONAL – PROTECCION – 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:**

- SALUDO DE BIENVENIDA
- INFORMACION GENERAL
- DESARROLLO TEMATICA PROPUESTA
- CIERRE TEMATICA
- COMPROMISOS

**SALUDO:**
Se da inicio al encuentro con un cordial saludo de bienvenida a las madres sustitutas, reconociendo y valorando su compromiso en el ejercicio de su rol. Este espacio ha sido dispuesto con el propósito de promover el bienestar personal y fortalecer las habilidades emocionales necesarias para el acompañamiento de niños, niñas y adolescentes.
Durante la jornada se resalta la importancia de trabajar en el fortalecimiento de la autoestima y la confianza en sí mismas como cuidadoras, entendiendo que su bienestar emocional repercute de manera directa en la calidad del cuidado que brindan. Se genera un ambiente de respeto, empatía y apertura, propiciando la participación activa y el intercambio de experiencias entre las asistentes.

**Información general:**
El día viernes 2 de marzo de 2025 a las 2:30 p. m., en el auditorio de las instalaciones del Centro Zonal del ICBF en Pitalito, se llevó a cabo un encuentro de cualificación con las madres sustitutas, orientado desde el área de Trabajo Social. El tema central fue el fortalecimiento de la autoestima y la confianza en sí mismas, brindando herramientas para potenciar su rol como cuidadoras.

**Desarrollo:**

Desde el área de Trabajo Social se llevó a cabo el desarrollo del taller titulado "Adquisición de herramientas para el fortalecimiento de la autoestima y la confianza en sí mismas como madres sustitutas", en el marco del proceso de cualificación continuo que se brinda a las madres vinculadas a la modalidad de Hogar Sustituto.

El objetivo principal de este espacio fue brindar elementos conceptuales y prácticos que contribuyeran al reconocimiento del valor personal y al empoderamiento de las madres sustitutas frente a su rol,




Scanned with CamScanner

considerando que la autoestima y la confianza son pilares fundamentales para el ejercicio consciente, empático y afectivo de la labor de cuidado.

La jornada se desarrolló de manera presencial en el auditorio del Centro Zonal del ICBF en Pitalito, en un ambiente cálido, participativo y de respeto. Se contó con una activa asistencia y disposición de las participantes, quienes manifestaron interés por el tema propuesto. Para facilitar la comprensión y promover el aprendizaje significativo, se utilizó como herramienta metodológica central una infografía pedagógica diseñada desde el área de Trabajo Social, la cual permitió exponer de manera clara y atractiva los contenidos clave del taller.

La infografía presentó seis ejes fundamentales para el fortalecimiento de la autoestima:

1. **Autoconocimiento:** Reconocer las propias fortalezas, emociones y capacidades como base para construir una imagen personal positiva.
2. **Diálogo interno positivo:** Identificar y transformar pensamientos negativos en afirmaciones que promuevan la autovaloración.
3. **Red de apoyo:** Visibilizar la importancia de contar con espacios de apoyo emocional, tanto institucionales como personales.
4. **Formación continua:** Incentivar la participación en espacios de aprendizaje como una forma de aumentar la seguridad personal y profesional.
5. **Autocuidado emocional y físico:** Resaltar la importancia de cuidar de sí mismas para mantener un equilibrio personal que favorezca el bienestar general.
6. **Reconocimiento personal:** Aprender a validar los propios esfuerzos y logros, reconociendo el impacto positivo de su labor en la vida de los niños, niñas y adolescentes.

A partir de la exposición de estos ejes, se propiciaron espacios de diálogo y reflexión colectiva, donde las participantes compartieron experiencias personales, dificultades enfrentadas y estrategias que les han permitido afrontar los retos de la crianza sustituta. Se promovió un clima de confianza y escucha activa, lo que permitió un intercambio enriquecedor de saberes y emociones.

Asimismo, se trabajaron ejercicios prácticos orientados a identificar creencias limitantes, fortalecer la autoimagen y fomentar prácticas cotidianas de autocuidado. Las madres sustitutas manifestaron sentirse escuchadas, valoradas y motivadas a continuar fortaleciendo su rol desde una perspectiva más consciente de su propio bienestar.

El taller finalizó con una retroalimentación grupal positiva, en la que las participantes expresaron su agradecimiento por el espacio brindado, reconociendo su utilidad tanto a nivel personal como en el



Scanned with CamScanner

ejercicio de su función dentro del sistema de protección. Se resaltó la importancia de continuar desarrollando este tipo de temáticas que fortalezcan el aspecto emocional y humano de su labor diaria.

**EVIDENCIA FOTOGRAFICA:**









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




Scanned with CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| *-Aplicar estrategias de autocuidado emocional y físico en su rutina diaria, reconociendo la importancia de cuidar de sí mismas para brindar un acompañamiento efectivo y equilibrado a los niños, niñas y adolescentes.*<br><br>*- Practicar el diálogo interno positivo, incorporando afirmaciones que fortalezcan la autoestima y refuercen la confianza en su rol como madres sustitutas.*<br><br>*-Participar activamente en espacios de formación y cualificación, como parte del compromiso con su crecimiento personal y profesional dentro de la modalidad de Hogar Sustituto.* | *Trabajadora social- fundación social yo te cuido* | *PROXIMO ENCUENTRO* |
| Continuar con talleres de fortalecimientos a favor de las madres sustitutas. | *EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO* | *POR DEFINIRSE* |

| *PERSONA QUE REALIZA EL ACTA.* | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo o rol / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| *KATALINA MENEZES* | *TRABAJADORA SOCIAL* | *FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO* | Katalina M. |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | Por establecer fecha | Por establecer hora | Fundación social yo te cuido |




Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

| | |
|---|---|
| FECHA | 12/03/2024 |
| Versión 0 | Página 2 de 2 |
| Coordinador de la Modalidad: | |
| Fecha: | |

ACTIVIDAD: CUALIFICACION A MADRES SUSTITUTAS TECNICAS DE DISCIPLINA PÒSITIVA

FECHA 7 DE MARZO 2024

HORA INICIAL: 2:30 PM

HORA FINAL: 4:30 PM

LUGAR AUDITORIO CENTRO ZONAL IC | PITALITO

DEPENDENCIA LIDER: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO -FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O UNIDAD DE SERVICIO | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | |
| 1 | YENNI ANDREA ROJAS RAMOS | 36259525 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 2 | LUZ NELLY URBANO | 36587388 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 3 | YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA | 1083887309 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 4 | MARYEN LUCIA NARVEZ | 25262920 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 5 | PAULA ALEJANDRA RIVERA | 1082779043 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 6 | DIANA PATRICIA BARRAGAN | 1083883001 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | 8162410228 | dipatbis1234@hotmail.com | |
| 7 | GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS | 36258958 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 8 | YUDIS PAOLA HOYOS OSORIO | 36286106 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 9 | KAREN DARIANA CALDERON | 1083893442 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | | | 3227081277 | | |
| 10 | DIMARA DIAZ MOLINA | 36295584 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |

Anexe las hojas que sean necesarias, y firme en el recuadro anterior

Scanned with CamScanner

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

**Fecha de visita:** 31/03/2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | X | Discapacidad | | Tutor | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Hogar de paso | Familiar | | Casa hogar | |
|---|---|---|---|---|

Regional Avila Centro Zonal Carrón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion Social yo te cuido | Cll 7 N. 26 - 03 B/ Santa Clara | — o — |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Laura Fernández | 1077873295 | 3222386509 |

**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 |
|---|---|---|
| 26/02/25 | Karen Yesenia Alvarez | Fundacion Social yo te cuido. |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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


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

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

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

Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Barrera | Fragua | Paola Liliana |
| | Identificación: | | |
| Dirección: Cl 12 N.1 -09 | | Tel. Fijo — o — | Celular 3137308371 |
| Barrio: Cortijos Plazo | | Correo electrónico: paolafragua1@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 | Sharith Mariana Serrano | DD/MM/AA 18/12/19 | 1145732141 | 2334 8909 | DD/MM/AA 17/05/23 | Defensoría de familia Barzón (H) |
| 2 | Ana Malena Mopan Saez | DD/MM/AA 30/08/12 | 1077237373 | 2336 1477 | DD/MM/AA 08/01/25 | Defensoría de familia Barzón (H) |
| 3 | Heilan Mariana Mendez Cedeño | DD/MM/AA 03/07/21 | 1077882304 | 2335 7498 | DD/MM/AA 06/03/25 | Defensoría de familia Barzón (H) |
| 4 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

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


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

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

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

Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Por la edad y etapa de Heilen no se encuentra vinculada al sistema educativo, por ende no se realizan seguimiento escolar ni a 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 X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Realiza prácticas de autoprotección. | Si X No | Si X No | Si No X | Si No | Si No |




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

Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Heilen por su edad y etapa de desarrollo no realizan practicas de auto cuidado y protección, sin embargo la madre sustituta se encarga de estas en favor de Heilen.

## 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 | | | | | |




Powered by CamScanner

**Observaciones:**
la documentacion y los gestiones se encuentran a la fecha.

| 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)
Heiler no se encuentra escolarizada por el motivo no cuenta con la dotacion escolar.

| DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Hoja de Vida con foto | ✓ | | |
| Resolución de aprobación del Hogar | ✓ | | |
| Copia documento de identificación | ✓ | | |
| Constancia afiliación al SGSSS | ✓ | | |
| Certificado de salud con vigencia de 1 año | ✓ | | |
| 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.



Powered by CamScanner

**Observaciones:**
La documentación de la madre sustituta se encuentra al día, la visita es recibida de forma receptiva y con disposición. donde se evidencia que las usuarias se encuentran en buenas condiciones de presentación. Refieren sentirse agusto en la unidad de servicio.

**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 resbalosos, sin | Ventilación e iluminación 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 |



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

Powered by CamScanner

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

Las condiciones habitacionales son adecuadas para la prestación del servicio

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

No se establecen 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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Laura Fernández Soto | |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Laura Fernández Soto | Paola Barrero F. |
| CC. 1077873295 TP. 249284 | CC. 55065021. |
| Celular: 3222380509 | Celular: 3137306371. |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

**Notas:**

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


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

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

Powered by CamScanner

trabajar, conseguirse sus cosas y ayudarle a los demás personas.

Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

MARZO 1-10 / 2025

CONSIGNACIA: felipe mantiene una buena relación con los miembros del hogar sustituto y con los otros niños del programa.

Scanned with CamScanner

ALIMENTACION: felipe consume todo clase de alimentos, verduras y frutas no rechaza ningun alimento.

SUEÑOS: El sueño que tiene felipe es estudiar en el sena sistemas un tecnologo prepararse para trabajar y conseguir sus cosas dice que quiere tener una moto.

MARZO 17 - 17/ 2025

SALUD: felipe se encuentra muy bien de salud con los controles al dia.

El dia 14 de marzo encaibamos en el sena a felipe con un tecnico de Bachillerato basado en cafe es año 1/2 en la práctica Hubo estudio de caso de cordes felipe y habian manifestado los doctores que seria mucho mejor para felipe estudiar algo mas practico, el no estaba muy contento porque queria ser un tecnologo en sistema ya este semestre se prende practica y empeza-

van a estudiar a finales de abril de lunes a viernes de 8am a 12pm.

MARZO 18 - 24 / 2025

Estudio: El día 20 de marzo felipe presentó la prueba para el curso de Barismo a la espera que salga la lista de quienes pasa y luego ir a llevar la documentación que solicitan.

Salud: Se encuentra muy bien de salud con los controles al día.

Sueño: Duerme muy bien durante la noche.

MARZO 18 - 24 / 2025

Higiene: En ocasiones felipe mantiene mal olor en la boca y los axilas, no le gusta cepillarse toca estar diciendole para que lo haga, la ropa también mantiene mal olor y se pone bravo cuando le digo que se bañe bien dice que yo exagero.

Scanned with CamScanner

DIFICULTADES: En ocasiones mantiene la cama muy desordenada y la ropa toca estar recordando la del orden.

ALERGIAS: Cerdura todas clase de alimentos no rechaza ninguno

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°03** | | |
|---|---|---|
| **Hora:** 2:00 p.m | | **Fecha:** 31 de marzo 2025 |
| **Lugar:** | Fundación Social Yo Te Cuido | |
| **Dependencia que Convoca:** | Gestora de caso | |
| **Proceso:** | MISIONAL- PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS | |
| **Objetivo:** | Generar espacios de ocio en los usuarios que fortalezcan su imaginación y permitan la implementación de jornadas de esparcimiento. | |

**Agenda**:

1. Saludo
2. Ejecución de la programación organizada.
3. Conclusiones y compartir.

**Desarrollo:**

1. **Saludo:**
   El día 31 de marzo, siendo las 2:00 PM, reunidos en la fundación Social Yo Te Cuido, se llevó a cabo el acto de conmemoración del **Día Internacional de la Mujer**, con la presencia de las madres sustitutas y las usuarias de la modalidad de Hogares Sustitutos. Este evento tuvo como propósito reconocer y valorar la lucha de las mujeres por la igualdad, la justicia y el respeto a sus derechos en todos los ámbitos de la sociedad.

2. **Ejecución de la programación organizada**

   **ORDEN DEL DÍA:**

1. **Palabras de bienvenida** a cargo de la Gestora de Caso quien destacó la importancia de esta fecha y el compromiso de la comunidad con la equidad de género. "Hoy nos reunimos para honrar la lucha, la valentía y la determinación de todas las mujeres que han trabajado incansablemente por la igualdad y la justicia. Esta fecha nos recuerda los avances logrados, pero también nos impulsa a seguir trabajando por un mundo donde cada mujer tenga las mismas oportunidades y derechos.
   Reconocemos a aquellas mujeres que, con su esfuerzo diario, transforman la sociedad, rompen barreras y dejan huella en la historia. Sigamos promoviendo el respeto, la equidad y la sororidad para construir un futuro más justo e inclusivo.

2. **Lectura de una reseña histórica** sobre el origen del Día Internacional de la Mujer, resaltando los logros alcanzados y los desafíos pendientes.
   El Día Internacional de la Mujer tiene sus raíces en la lucha de las trabajadoras por mejores condiciones laborales y derechos igualitarios. Su origen se remonta a principios del siglo XX, cuando en 1908, un grupo de mujeres en Nueva York salió a las calles para exigir reducción de la jornada laboral, mejores salarios y derecho al voto. En 1910, en la Segunda Conferencia

PUBLICA

Internacional de Mujeres Socialistas en Copenhague, la activista Clara Zetkin propuso la creación de un día internacional de la mujer para visibilizar la lucha por la equidad de género, lo que fue aprobado unánimemente.
A lo largo del siglo, la conmemoración de esta fecha se ha consolidado como un símbolo de la lucha por los derechos de las mujeres en el mundo. Se han logrado avances significativos en el reconocimiento de derechos políticos, económicos y sociales, pero persisten desafíos como la brecha salarial, la violencia de género y la falta de representación equitativa en espacios de toma de decisión. Este día nos llama a seguir promoviendo políticas de igualdad y un cambio cultural que garantice el pleno ejercicio de los derechos de todas las mujeres.

3. **Intervenciones especiales**, donde diversas personas compartieron testimonios, reflexiones y experiencias en torno a la lucha por los derechos de las mujeres.

4. **Entrega de reconocimientos** a mujeres y usuarias de la modalidad de Hogares Sustitutos por su labor y contribución en diferentes áreas.

5. **Palabras de cierre** y reflexión final a cargo de la profesional enfatizando la necesidad de continuar promoviendo la igualdad de oportunidades y erradicando cualquier forma de violencia y discriminación.

3. **Conclusiones y compartir.**

Los Niños, niñas, adolescentes y jóvenes y madres sustitutas participaron de una manera muy amena y tranquila dado que esto se Hizo para su recreación.
Los usuarios de la modalidad y las madres sustitutas , tuvieron la oportunidad de agradecer por la actividad realizada, en la cual finamente se les brindo un compartir un cupcakes pasteles con un vaso de gaseosa.

**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS**

PUBLICA





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

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

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










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





PÚ

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **Compromisos / tareas** | **Responsable(s): Nombre / Cargo o rol** | | **Fechas** |
| Sin compromisos | Gestora de caso | | **Por confirmar** |
| **FIRMA ASISTENTES** | | | |
| **Nombre** | **Cargo o rol / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| Laura Ximena Losada | Gestora de caso | Fundación social yo te cuido | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | Por confirmar | Por confirmar | Por confirmar |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Laura Ximena Losada | | |
| | | | |
| | | | |

PÚBLICA

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3** | |
|---|---|
| **Hora:** 3:40 PM | **Fecha:** 24 DE MARZO 2025 |
| **Lugar:** | Sede de la fundación social yo te cuido-GARZÓN |
| **Dependencia que Convoca:** | MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO |
| **Proceso:** | MISIONAL- PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS |
| **Objetivo:** | Generar espacios de ocio en los usuarios que fortalezcan su imaginación y permitan la implementación de jornadas de esparcimiento. |

**Agenda:**

1. Saludo
2. Ejecución de la actividad conmemoración del dia de la mujer
3. Conclusiones y compartir.

**Desarrollo:**

1. Saludo

Siendo las 3:40 p.m. del martes 24 de marzo , dio la jornada de celebración del dia de la mujer en las oficinas de la fundación social yo te cuido en el municipio de Garzón, espacio dirigido por los profesionales de la Fundación Social Yo Te Cuido, en el espacio asistieron las usuarias y madres sustitutas los cuales fueron recibidos con un caluroso saludo y se les dio la bienvenida, manifestando que esta actividad era un espacio para la conmemoración del dia de la mujer.

2. **Ejecución de la actividad: celebración del dia de la mujer:**

la actividad dio inicia con el acompañamiento de la oficina de la mujer en el que trajeron al profesional deportivo y a la psicóloga, los primeros 20 minutos se desarrollaron con actividades deportivas de activación corporal por medio de aeróbicos, en el espacio se vio la necesidad de la activación muscular sin importar los ciclos de edades, seguidamente paso a trabajar actividades lúdicas para fortalecer el compañerismo y habilidades sociales como lo son el en el juego, esto permitiendo que se integren las madres con usuarios y entre ellas.

Con el propósito de seguir conmemorando el **Día Internacional de la Mujer**, se llevó a cabo una jornada reflexiva y formativa centrada en el reconocimiento de las **emociones** y el fortalecimiento del **trabajo en equipo**, resaltando el papel fundamental que desempeñan las mujeres en todos los ámbitos de la vida: familiar, social y comunitario.

La psicóloga Mariluz moya trabajo con las madres y usuarios brindando un enfoque ecológico en donde buscaban que por medio de las actividades realizadas se fortalecieran los lazos entre ellas, esto permite fortalecer las emociones para esto realizo una actividad pedagógica en el que se realizaron grupos y demostraban sus emociones brindando palabras de afirmación.

PÚBLICA



Durante la actividades se brindo herramientas las cuales permiten identificar, expresar y canalizar adecuadamente las emociones, entendiendo que reconocerlas es un acto de autocuidado y crecimiento. Esto permite que las madres como usuarias puedan fortalecer sus dificultades reconociendo sus procesos. Durante el espacio se trabajaron los valores de la solidaridad y la empatía en los grupos de trabajo y en la vida diaria. Se resaltó cómo el apoyo mutuo entre mujeres fortalece los lazos comunitarios y crea redes protectoras entre las madres sustitutas como entre las usuarias.
Por parte del equipo de la fundación social yo te cuido se dejo un mensajes de reconocimiento a todas las mujeres por su valentía, sensibilidad, liderazgo y entrega diaria frente a los distintos compromisos adquiridos asi mismo se brindo un mensajes el cual refuerza la importancia de cuidarse, valorarse y acompañarse entre mujeres.

### 3. Cierre y conclusiones

una actividades realizadas en el día estuvieron enfocadas al fortalecimiento del compañerismo y al trabajo en equipo como tambien el fortalecimiento de principios sobre la necesidad de la ética y las normas ya que por medio del juego las usuarias aprender sobre la necesidad del juego justo.
a la hora de las conclusiones las madre como la usuaria entendieron la importancia del fortalecimiento de la unidad, además de la necesidad de fortalecer lazos entre ellas y la importancia de sus roles y habilidades las cuales deben de tener por ética de su trabajo como lo son ser madre sustitutas.
La conmemoración finalizó a las 4:30 de la tarde en un ambiente contribuyente para el desarrollo de las usuarias y madres sustitutas permitiendo dejar gratos recuerdos para todos los asistentes al especia.

**Evidencia fotográfica:**











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












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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **FIRMA ASISTENTES** | | | |
| **Nombre** | **Cargo o rol / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| Carlos Andres Cuenca Rojas | Gestor de caso | YO TE CUIDO | |
| Karen Yesenia Alvarado | Trabajadora Social | YO TE CUIDO | |
| Laura Fernanda Soto | Psicología | YO TE CUIDO | |
| Mariluz moya | Psicóloga | ALCALDIA MUNICIPAL | |
| Wilson Escobar Toledo | Recreación y deportes | ALCALDÍA MUNICIPAL | |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | POR DEFINIR | POR DEFINIR | POR DEFINIR |
| **Colaborador que elabora el acta:** | CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS | | |

PÚBLICA

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3 | | |
|---|---|---|
| **Hora:** 2:00 pm | | **Fecha:** 21 de Marzo del 2025 |
| **Lugar:** | Sede fundación yo te cuido Garzón | |
| **Dependencia que Convoca:** | Modalidad Hogar Sustituto | |
| **Proceso:** | Misional - Protección – Restablecimiento de derechos | |
| **Objetivo:** | Desarrollar actitudes, conocimientos y prácticas en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de la modalidad que contribuyan a la construcción de una sociedad más justa e inclusiva basada en el género. | |

**Agenda**:

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

**Desarrollo:**

Siendo las 2:00 pm del viernes 21 de marzo del año en curso, se da inicio al taller junto con los niños, niñas y adolescentes de la modalidad, brindando un caluroso saludo. Se realizó la actividad rompe hielo caramelo. Posteriormente se brindan algunos conceptos de la temática por medio de un concéntrese donde cada usuario paso a buscar una pareja. A medida que iban pasando se les iba socializando la temática.

La equidad de género es esencial para el desarrollo de sociedades justas, inclusivas y sostenibles. Implica garantizar que todas las personas, independientemente de su género, tengan las mismas oportunidades, derechos y trato, sin discriminación o desigualdad. Aquí te explico algunas razones clave por las que la equidad de género es tan importante:

- **Derechos Humanos Fundamentales:** La equidad de género es un principio básico de los derechos humanos. Todos, sin importar su género, deben tener acceso a las mismas oportunidades y ser tratados con dignidad y respeto. Esto incluye el acceso a la educación, salud, empleo, justicia, y la participación en la vida política y económica.

- **Mejora del Bienestar y la Calidad de Vida:** La igualdad de género tiene un impacto directo en la calidad de vida de las personas. Cuando se eliminan las barreras basadas en el género, las personas pueden vivir más libremente, alcanzar su potencial sin restricciones y disfrutar de una vida más saludable, con mayores oportunidades de desarrollo personal y profesional.




Powered by CamScanner

- **Fortalece la Economía:** La equidad de género es esencial para el crecimiento económico sostenible. Cuando las mujeres y otros grupos de género tienen igualdad de acceso a la educación y el empleo, contribuyen de manera significativa a la economía. Las economías más inclusivas y diversas son más productivas y resilientes. Se ha demostrado que la igualdad de género en el trabajo aumenta la eficiencia y la innovación. Al incluir a todas las personas, sin importar su género, se maximizan los talentos y habilidades disponibles en la sociedad.

- **Prevención de la Violencia de Género:** La equidad de género contribuye a prevenir la violencia de género, ya que promueve una cultura de respeto y de relaciones más saludables. Cuando las personas, desde una edad temprana, aprenden que todos los géneros deben ser tratados con dignidad, se reduce la probabilidad de que surjan actitudes de discriminación, abuso o violencia.

- **Promueve la Salud y el Bienestar:** El acceso igualitario a la salud es fundamental para el bienestar de las personas. La equidad de género asegura que tanto mujeres como hombres reciban atención médica adecuada, que se tengan en cuenta las necesidades específicas de cada género y que no haya barreras basadas en estereotipos o prejuicios. La equidad también está relacionada con la salud mental. Cuando las personas son libres de expresar su identidad de género sin ser juzgadas o discriminadas, tienen una mayor probabilidad de gozar de bienestar psicológico.

- **Fomenta la Participación Política y Social:** La equidad de género fomenta la participación activa de todos los individuos en la vida política y social. La inclusión de diferentes perspectivas y experiencias en la toma de decisiones, como la participación equitativa de mujeres y hombres en cargos de liderazgo, resulta en políticas y soluciones más completas y efectivas.

- **Construcción de una Sociedad Más Justa y Equitativa:** Promover la equidad de género es fundamental para crear una sociedad donde todos los individuos, independientemente de su género, tengan las mismas oportunidades y sean tratados con justicia. Esto ayuda a reducir las desigualdades y crea una cultura de respeto, tolerancia y solidaridad.

**Decisiones:** La equidad de género no es solo una cuestión de justicia, sino también un motor clave para el desarrollo social, económico y político. Fomentar la igualdad entre géneros beneficia a toda la sociedad, al permitir que todas las personas, independientemente de su género, tengan la oportunidad de contribuir, prosperar y vivir una vida digna.

Trabajar por la equidad de género es esencial para construir un futuro más justo, inclusivo y próspero para todos.

Se da por finalizada la jornada a las 3 30 pm



Powered by CamScanner

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA









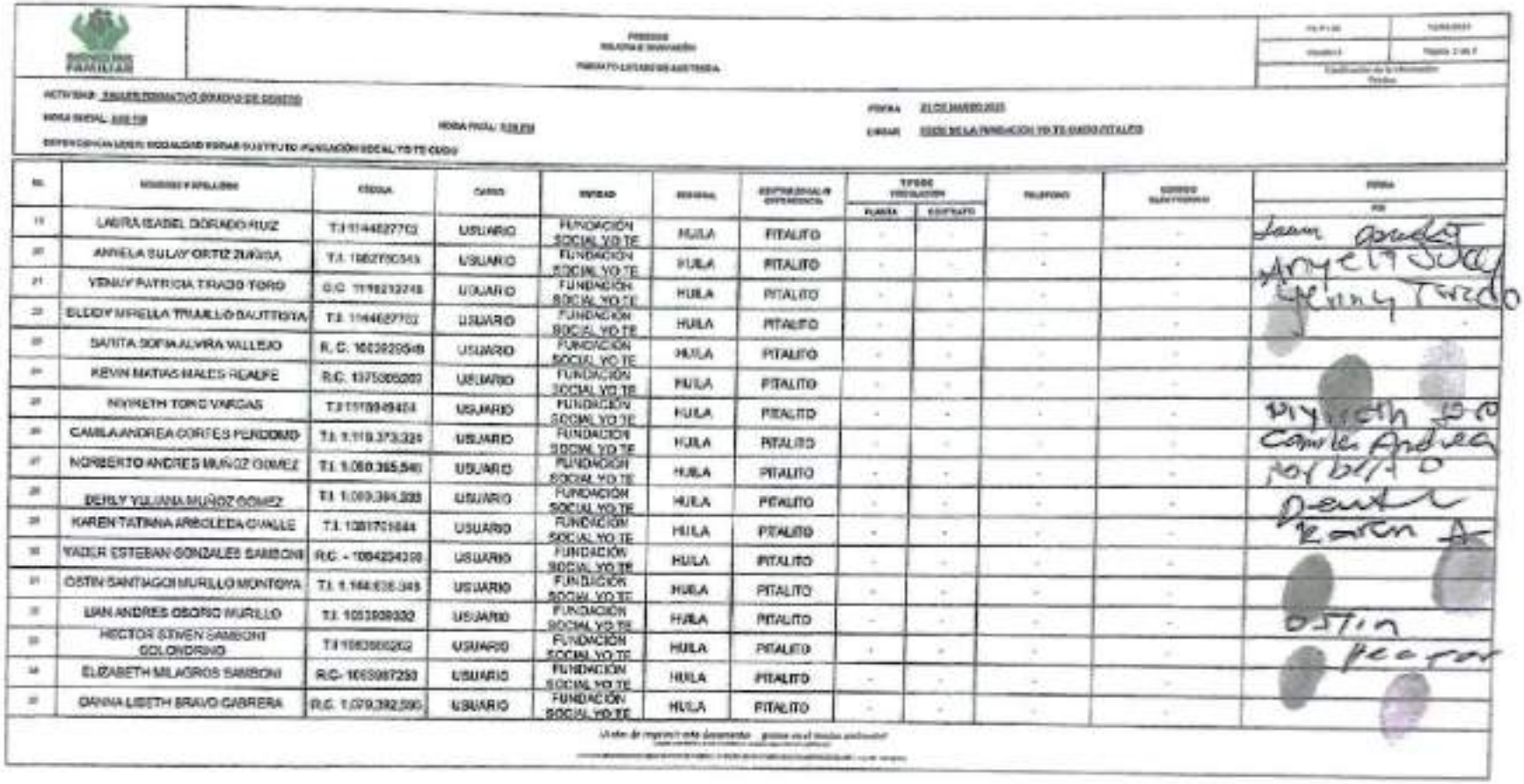
| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Colocar en práctica lo socializado en el taller. | Niños, Niñas, adolescente Jóvenes de la fundación y madres sustitutas. | Continuo |

**FIRMA ASISTENTES**

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




Powered by CamScanner



| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO | TIPO DE VINCULACIÓN PLANTA | TIPO DE VINCULACIÓN CONTRATO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | LAURA ISABEL DORADO RUIZ | T.I 1144627703 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 20 | ANGELA SULAY ORTIZ ZUÑIGA | T.I. 1082195343 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 21 | YENNY PATRICIA TRIADO TORO | C.C. 1118212748 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 22 | ELEIDY MIRELLA TRUJILLO BAUTISTA | T.I. 1144627703 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 23 | SANTA SOFIA ALVIRA VALLEJO | R. C. 1083203549 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 24 | KEVIN MATIAS MALES REALPE | R.C. 1075005203 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 25 | NAYRETH TORO VARGAS | T.I 1118949454 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 26 | CAMILA ANDREA CORTES PERDOMO | T.I. 1.118.373.329 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 27 | NORBERTO ANDRES MUÑOZ GOMEZ | T.I. 1.080.365.540 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 28 | DERLY YULIANA MUÑOZ GOMEZ | T.I. 1.080.384.338 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 29 | KAREN TATIANA ARBOLEDA CHALLE | T.I. 1081701644 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 30 | YADER ESTEBAN GONZALES SAMBONI | R.C. - 1084254208 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 31 | OSTIN SANTIAGO MURILLO MONTOYA | T.I. 1.144.636.345 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 32 | LIAN ANDRES OSORIO MURILLO | T.I. 1083698332 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 33 | HECTOR STIVEN SAMBONI GOLONDRINO | T.I 1083695252 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 34 | ELIZABETH MILAGROS SAMBONI | R.C- 1083697253 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 35 | DANNA LISETH BRAVO CABRERA | R.C. 1.079.392.590 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |

Powered by CamScanner



| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| 1 | CESAR STIVEN URBANO PERAFAN | T.I. 1.083.925.210 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 2 | YASTIN ALEJANDRO SAMBONI | R.C. 1077268671 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 3 | LUZ SARITA REINA | R.C 1076937791 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 4 | ANYI LORENA URBANO | T. I. 1083912298 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 5 | MARIA JOSE SALGADO VEGA | T.I 1053892605 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 6 | SHAIRA MELIZA CELIS RODRIGUEZ | T.I. 1.117.974.692 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 7 | LIAM CAMILO PEREZ PEÑA | R.C. 1083943586 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 8 | DANIEL DE JESUS TAMAYO PARDO | R.C. 1.215.086.401 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 9 | ANGEL DAVID CRUZ PEÑA | R.C. 1144834312 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 10 | SEBASTIAN GARZON CUELLAR | T.I. 1144833069 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 11 | LEIDER SANTIAGO RODRIGUEZ | T.I 1076018074 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 12 | ANDRÉS FELIPE MARTÍNEZ MALES | T.I. 1144033383 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 13 | YULIANA PALOMA MARTINEZ MALES | R.C. 1053331201 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 14 | ASTHID NICOL MASON TIQUE | T.I. 1076818048 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 15 | PEDRO JOSÉ ASTUDILLO BOLAÑOS | T.I 1077220739 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 16 | FABIAN GUZMAN QUIZA | C.C 1003535832 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 17 | JOSE CAMILO MASON TIQUE | T.I. 1083857636 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |
| 18 | EMANUEL SANTIAGO MARTINEZ MALES | R.C. 1092156033 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | |

Powered by CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3 | | |
|---|---|---|
| **Hora:** 2:00 pm | **Fecha:** 18 de Marzo del 2025 | |
| **Lugar:** | Sede fundación yo te cuido Garzón | |
| **Dependencia que Convoca:** | Modalidad Hogar Sustituto | |
| **Proceso:** | Misional - Protección – Restablecimiento de derechos | |
| **Objetivo:** | Desarrollar actitudes, conocimientos y prácticas en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de la modalidad que contribuyan a la construcción de una sociedad más justa e inclusiva basada en el género. | |

**Agenda:**

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

**Desarrollo:**

Siendo las 2:00 pm del Martes 18 de marzo del año en curso, se da inicio al taller junto con los niños, niñas y adolescentes de la modalidad, brindando un caluroso saludo. Se realizó la actividad rompe hielo caramelo. Posteriormente se brindan algunos conceptos de la temática por medio de un concéntrese donde cada usuario paso a buscar una pareja. A medida que iban pasando se les iba socializando la temática.

La equidad de género es esencial para el desarrollo de sociedades justas, inclusivas y sostenibles. Implica garantizar que todas las personas, independientemente de su género, tengan las mismas oportunidades, derechos y trato, sin discriminación o desigualdad. Aquí te explico algunas razones clave por las que la equidad de género es tan importante:

- **Derechos Humanos Fundamentales:** La equidad de género es un principio básico de los derechos humanos. Todos, sin importar su género, deben tener acceso a las mismas oportunidades y ser tratados con dignidad y respeto. Esto incluye el acceso a la educación, salud, empleo, justicia, y la participación en la vida política y económica.

- **Mejora del Bienestar y la Calidad de Vida:** La igualdad de género tiene un impacto directo en la calidad de vida de las personas. Cuando se eliminan las barreras basadas en el género, las personas pueden vivir más libremente, alcanzar su potencial sin restricciones y disfrutar de una vida más saludable, con mayores oportunidades de desarrollo personal y profesional.



Scanned with CamScanner

- **Fortalece la Economía:** La equidad de género es esencial para el crecimiento económico sostenible. Cuando las mujeres y otros grupos de género tienen igualdad de acceso a la educación y el empleo, contribuyen de manera significativa a la economía. Las economías más inclusivas y diversas son más productivas y resilientes. Se ha demostrado que la igualdad de género en el trabajo aumenta la eficiencia y la innovación. Al incluir a todas las personas, sin importar su género, se maximizan los talentos y habilidades disponibles en la sociedad.

- **Prevención de la Violencia de Género:** La equidad de género contribuye a prevenir la violencia de género, ya que promueve una cultura de respeto y de relaciones más saludables. Cuando las personas, desde una edad temprana, aprenden que todos los géneros deben ser tratados con dignidad, se reduce la probabilidad de que surjan actitudes de discriminación, abuso o violencia.

- **Promueve la Salud y el Bienestar:** El acceso igualitario a la salud es fundamental para el bienestar de las personas. La equidad de género asegura que tanto mujeres como hombres reciban atención médica adecuada, que se tengan en cuenta las necesidades específicas de cada género y que no haya barreras basadas en estereotipos o prejuicios. La equidad también está relacionada con la salud mental. Cuando las personas son libres de expresar su identidad de género sin ser juzgadas o discriminadas, tienen una mayor probabilidad de gozar de bienestar psicológico.

- **Fomenta la Participación Política y Social:** La equidad de género fomenta la participación activa de todos los individuos en la vida política y social. La inclusión de diferentes perspectivas y experiencias en la toma de decisiones, como la participación equitativa de mujeres y hombres en cargos de liderazgo, resulta en políticas y soluciones más completas y efectivas.

- **Construcción de una Sociedad Más Justa y Equitativa:** Promover la equidad de género es fundamental para crear una sociedad donde todos los individuos, independientemente de su género, tengan las mismas oportunidades y sean tratados con justicia. Esto ayuda a reducir las desigualdades y crea una cultura de respeto, tolerancia y solidaridad.

**Decisiones:** La equidad de género no es solo una cuestión de justicia, sino también un motor clave para el desarrollo social, económico y político. Fomentar la igualdad entre géneros beneficia a toda la sociedad, al permitir que todas las personas, independientemente de su género, tengan la oportunidad de contribuir, prosperar y vivir una vida digna.

Trabajar por la equidad de género es esencial para construir un futuro más justo, inclusivo y próspero para todos.

Se da por finalizada la jornada a las 3:30 pm




Scanned with CamScanner

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA









| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Colocar en práctica lo socializado en el taller. | Niños, Niñas, adolescente Jóvenes de la fundación y madres sustitutas. | Continuo |

**FIRMA ASISTENTES**

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



Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

ACTIVIDAD: TALLER EQUIDAD DE GENERO

FECHA: 15 DE MARZO 2023

HORA INICIAL: 2:00 PM

HORA FINAL: 4:30 PM

LUGAR: SEDE DE LA FUNDACION SO TE CUIDO GARZON

DEPENDENCIA UZER: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO, FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACION | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | |
| 1 | FRANK STIVEN NARVAEZ RODRIGUEZ | T.I 1115370026 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | FRAN Stiven n |
| 2 | YEIMI JOHANA VALENZUELA AGUILAR | TI 1077862717 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | Yrimi Johana |
| 3 | YEFERSON VALEZUELA AGUILAR | TI 1081518674 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | Yefferson V |
| 4 | LEIDY YOHANA ALEY PERDOMO | C.C 1115043303 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 5 | KERLY VIVIANA ALEY PERDOMO | TI 1117504823 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | Kerli Yohana Aley |
| 6 | DIANA MARCELA LUCUS GUETICUE | TI 1062777511 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 7 | MARIA FERNANDA GOMEZ ULTENGO | T.I 1083896634 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 8 | LIAM SANTIAGO MAMIAM VILLANI | RC 1077883692 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 9 | SHAROL NIKOL MAMIAM VILLANI | TI 1050474800 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 10 | LUZ ANGELA SIERRA VILLANI | T.I 1061544611 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | Luz Angela |
| 11 | JANIT DAYANA CAMPOS CUAJI | TI 1082157977 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 12 | MAIDA YULIEA CHANTRE ROJAS | RC 1077882336 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 13 | DANIELA PARRA OROZCO | TI 1082158189 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 14 | LEIDY JOHANNA GUALY CEDIEL | TI 1082960108 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | Leidy Yohana |
| 15 | ANGEL DAVID TRUJILLO GUARNIZO | TI 1077874951 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 16 | CATALEYA GOEZ MONTOYA | TI 1082003691 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 17 | ANDERSON HERMIDA VILLANUEVA | 1077870868 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 18 | ALVARO HERMIDA VILLANUEVA | TI 1075508658 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 19 | OSCAR DANIELSANCHEZ OLIVEROS | TI 1082769303 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

ACTIVIDAD: TALLER EQUIDAD DE GENERO

FECHA 31 DE MAYO 2025

HORA INICIAL 2:30 PM

HORA FINAL 4:30 PM

LUGAR SEDE DE LA FUNDACION YO TE CUIDO GARZON

DEPENDENCIA LIDER MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO /FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | |
| 20 | JACOBO NOE VAQUINO SERRATO | RC 1065261150 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 21 | DHARITH MARIANA SERRANO ALMARIO | TI 1145732142 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | Sherit Serrano |
| 22 | ANYI MILENA MOPAN SAIZ | TI 1007237213 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 23 | HELEN MARIANA MÉNDEZ GEDIEL | TI. 1017882204 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 24 | BRAYAN STEVEN RODRIGUEZ GARCIA | TI 1117533679 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | Brayan |
| 25 | LAURA SOFIA SANCHEZ GOMEZ | RC 1082130750 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 26 | VALENTYN JHULIETA MARTINEZ ARIAS | TI 1007230090 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 27 | YOSERS ANDRES MARTINEZ ARIAS | TI 1117533625 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 28 | KEYLETH KALET MARTINEZ ARIAS | TI 1145732310 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 29 | ANDRES FELIPE BARRAGAN PALOMINO | C.C 1075533351 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | Andres B |
| 30 | NICOLAS RODRIGUEZ MANZANO | RC 1077882336 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | |
| 31 | ALEXIS CARDONA CALDERON | TI 1017344932 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | GARZÓN | - | - | - | - | Alexis C |

Scanned with CamScanner

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3 | | |
|---|---|---|
| **Hora:** 2:00 pm | **Fecha:** 17 de Marzo del 2025 | |
| **Lugar:** | Sede fundación yo te cuido La Plata | |
| **Dependencia que Convoca:** | Modalidad Hogar Sustituto | |
| **Proceso:** | Misional - Protección – Restablecimiento de derechos | |
| **Objetivo:** | Desarrollar actitudes, conocimientos y prácticas en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de la modalidad que contribuyan a la construcción de una sociedad más justa e inclusiva basada en el género. | |

**Agenda:**

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

**Desarrollo:**

Siendo las 2:00 pm del lunes 17 de marzo del año en curso, se da inicio al taller junto con los niños, niñas y adolescentes de la modalidad, brindando un caluroso saludo. Se realizó la actividad rompe hielo caramelo. Posteriormente se brindan algunos conceptos de la temática por medio de un concéntrese donde cada usuario paso a buscar una pareja. A medida que iban pasando se les iba socializando la temática.

La equidad de género es esencial para el desarrollo de sociedades justas, inclusivas y sostenibles. Implica garantizar que todas las personas, independientemente de su género, tengan las mismas oportunidades, derechos y trato, sin discriminación o desigualdad. Aquí te explico algunas razones clave por las que la equidad de género es tan importante:

- **Derechos Humanos Fundamentales:** La equidad de género es un principio básico de los derechos humanos. Todos, sin importar su género, deben tener acceso a las mismas oportunidades y ser tratados con dignidad y respeto. Esto incluye el acceso a la educación, salud, empleo, justicia, y la participación en la vida política y económica.

- **Mejora del Bienestar y la Calidad de Vida:** La igualdad de género tiene un impacto directo en la calidad de vida de las personas. Cuando se eliminan las barreras basadas en el género, las personas pueden vivir más libremente, alcanzar su potencial sin restricciones y disfrutar de una vida más saludable, con mayores oportunidades de desarrollo personal y profesional.



Powered by CamScanner

- **Fortalece la Economía:** La equidad de género es esencial para el crecimiento económico sostenible. Cuando las mujeres y otros grupos de género tienen igualdad de acceso a la educación y el empleo, contribuyen de manera significativa a la economía. Las economías más inclusivas y diversas son más productivas y resilientes. Se ha demostrado que la igualdad de género en el trabajo aumenta la eficiencia y la innovación. Al incluir a todas las personas, sin importar su género, se maximizan los talentos y habilidades disponibles en la sociedad.

- **Prevención de la Violencia de Género:** La equidad de género contribuye a prevenir la violencia de género, ya que promueve una cultura de respeto y de relaciones más saludables. Cuando las personas, desde una edad temprana, aprenden que todos los géneros deben ser tratados con dignidad, se reduce la probabilidad de que surjan actitudes de discriminación, abuso o violencia.

- **Promueve la Salud y el Bienestar:** El acceso igualitario a la salud es fundamental para el bienestar de las personas. La equidad de género asegura que tanto mujeres como hombres reciban atención médica adecuada, que se tengan en cuenta las necesidades específicas de cada género y que no haya barreras basadas en estereotipos o prejuicios. La equidad también está relacionada con la salud mental. Cuando las personas son libres de expresar su identidad de género sin ser juzgadas o discriminadas, tienen una mayor probabilidad de gozar de bienestar psicológico.

- **Fomenta la Participación Política y Social:** La equidad de género fomenta la participación activa de todos los individuos en la vida política y social. La inclusión de diferentes perspectivas y experiencias en la toma de decisiones, como la participación equitativa de mujeres y hombres en cargos de liderazgo, resulta en políticas y soluciones más completas y efectivas.

- **Construcción de una Sociedad Más Justa y Equitativa:** Promover la equidad de género es fundamental para crear una sociedad donde todos los individuos, independientemente de su género, tengan las mismas oportunidades y sean tratados con justicia. Esto ayuda a reducir las desigualdades y crea una cultura de respeto, tolerancia y solidaridad.

- **Educación para las Futuras Generaciones:** Fomentar la equidad de género desde la infancia es crucial para erradicar los estereotipos de género y crear un entorno en el que niños y niñas crezcan con la misma idea de oportunidades. Esto es esencial para construir una sociedad donde todos los individuos, sin importar su género, puedan alcanzar su máximo potencial.

**Decisiones:** La equidad de género no es solo una cuestión de justicia, sino también un motor clave para el desarrollo social, económico y político. Fomentar la igualdad entre géneros beneficia a toda la sociedad, al permitir que todas las personas, independientemente de su género, tengan la oportunidad de contribuir, prosperar y vivir una vida digna.



Powered by CamScanner

Trabajar por la equidad de género es esencial para construir un futuro más justo, inclusivo y próspero para todos.

Se da por finalizada la jornada a las 3:30 pm

**EVIDENCIA FOTOGRAFICA**





Powered by CamScanner





| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Colocar en práctica lo socializado en el taller. | Niños, Niñas, adolescente Jóvenes de la fundación y madres sustitutas. | Continuo |

**FIRMA ASISTENTES**

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| Ana Maria lozano plaza | Profesional de área | Fundación social yo te cuido | |

| Próxima reunión | Fecha | Hora | Lugar |
|---|---|---|---|
| | Por confirmar | Por confirmar | Por confirmar |
| Colaborador que elabora el acta: | Ana Maria Lozano Plaza | | |



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORAS E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

| | |
|---|---|
| FILP134 | 12/08/2024 |
| Versión 2 | Página 1 de 1 |
| Clasificación de la información: Pública | |

ACTIVIDAD: TALLER FORMATIVO EQUIDAD DE GENERO

FECHA: 17 DE MARZO 2025

HORA INICIAL: 2:00 PM

HORA FINAL: 5:30 PM

LUGAR: SEDE DE LA FUNDACION YO TE CUIDO LA PLATA

DEPENDENCIA LIDER: SUBSIDIARIDAD HOGAR SUSTITUTO-FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | |
| 1 | FRANKLIN SMITH BORJA ALVIRA | RC 1145833595 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 2 | LEIDY JOHANA MENSA MOPAN | TI 1145027503 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Leidy Johana M |
| 3 | KELLY JOHANA FERNANDEZ PEÑA | TI 1083085163 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Kelly Fernandez |
| 4 | MARIA ALEJANDRA MENDEZ VERA | RC 1084089425 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Maria Mendez |
| 5 | DERLI YULIANA SANCHEZ HERNANDEZ | RC 1080268822 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 6 | CINDY CAMILA ZAPATA HURTATIS | TI 1083090671 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 7 | ANGEL JACOB REDIN CYUNE | RC 1075324620 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 8 | WILLINGER DAVID CARDENAS ESCULPI | R.C 7481954 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Willinger |
| 9 | YOHAN SEBASTIAN JOJOA PALENCIA | T.I. 1080187887 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Yohan Jojoa |
| 10 | JHON FREDY ALEXANDER ABELLA CHAUX | T.I 1.007.232.392 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 11 | CRISTHIAN DAVID ACOSTA CERON | TI 1117971444 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Cristhian David Acosta |
| 12 | JEIMMY ADELAY PAJA CAMAYO | R.C 1081408630 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 13 | KRISHDAEL MARTINEZ BARONA | TI 1090037878 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Krishdael M |
| 14 | MARIA ISABELA SANCHEZ HERNANDEZ | TI 1081418054 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 15 | DAIRON LEONARDO ROSAS CALVO | TI 1078741193 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Dairo Rosas |
| 16 | MAUREN STEFANY GONZALEZ CAMPO | TI 1083785782 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 17 | SHARIT TATIANA MOSQUERA TITIMBO | R.C 1080287586 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 18 | LUISA FERNANDA PARRA MEDINA | R.C 1080268464 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |

(Adicione tantas hojas como sean necesarias, diligenciando en el mismo formato)

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

AUTORIDAD: TALLER FORMATIVO EQUIDAD DE GENERO

HORA INICIAL: 2:00 PM

HORA FINAL: 5:00 PM

MODALIDAD: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

FECHA: 11 DE MAYO 2024

LUGAR: SEDE DE LA FUNDACION YO TE CUIDO LA PLATA

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | CARGO | ENTIDAD | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/CORREGIMIENTO | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | |
| 19 | ZAHIR ALABIAN DURAN PEZO | 1.079.030.844 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 20 | Mariana Azareth Acosta Gutierrez | T.I 1145825663 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Mariana Acosta |
| 21 | YORLAN DAVID SANCHEZ HERNANDEZ | 1081427200 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 22 | NORBY VANESA SANCHEZ HERNANDEZ | 1081287826 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 23 | LUISA FERNANDA PAZ GUILINDO | T.I 1081412013 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | LUISA PAZ |
| 24 | JUAN CARLOS PAZ GUILINDO | T.I 1081415461 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Juan Carlos Reinaldo |
| 25 | NELLY CAMUENDO MORALRES | T.I 1026515863 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | + | - | - | - | Nelly Camuendo |
| 26 | DENCY CARINA CUNACUÉ | R.C 1081815533 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 27 | LUCIANA CUNACUE YUCUÉ | R.C 1081423813 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | Luciana |
| 28 | JUAN CARLOS RAMIREZ MUÑOZ | C.C 12283540 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | + | - | - | - | |
| 29 | BRAYAN STIVEN ORTIZ GUZMAN | T.I 1117284016 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | + | - | - | - | Brayan O |
| 30 | KAREN SOFIA CAGUASO ARGOTI | T.I 1,146,699,216 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | + | - | - | - | Karen C |
| 31 | MELANY FRANCENETH PLAZAS SILVA | T.I 1078688124 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | + | - | - | - | |
| 32 | DANIELA ALEJANDRA VILLAMIL LUDEÑAS | T.I 1151219286 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | + | - | - | - | |
| 33 | SEBASTIAN TAMAYO PARRA | T.I 1082128518 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | - | - | - | |
| 34 | JUAN JOSE PAI EMBUS | T.I 1.117.794.843 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | + | + | - | - | Juan José Pai |
| 35 | SEBASTIAN NOGUERA MOSQUERA | T.I 1081409838 | USUARIO | FUNDACION SOCIAL YO TE | HUILA | LA PLATA | - | + | - | - | Sebastián N |

Marque de izquierda a derecha diligenciando... gracias por el trabajo en equipo!

Powered by CamScanner

## ACTA DE UBICACIÓN EN HOGAR SUSTITUTO

**Proceso de restablecimiento de derecho del NNA:**
**Nombre:** Anyi Carolina López Guevara
**Identificado:** 1.079.389.942

El Agrado, Huila
2 de abril de 2025.

La Comisaria de Familia habiendo encontrado que los hechos acerca de la situación de la menor **Anyi Carolina López Guevara** ponen en peligro su vida e integridad, dispuso decretar medida provisional de ubicación en la modalidad de Hogar Sustituto bajo el cuidado de la señora: **Mireya Cruz Valenzuela** identificada con la cedula de ciudadanía No. 52.995.117, domiciliada en la vereda Claros de Garzón, cuenta con abonado telefónico 3122048410 y correo electrónico mire_yin9580@hotmail.com.

Con tal finalidad, el representante de la modalidad Hogar Sustituto, bajo la responsabilidad que le obliga según las disposiciones legales y administrativas se compromete a:

1. Brindar a la menor la atención y cuidados indispensables para garantizar su desarrollo integral: Físico, moral afectivo, moral, emocional, social e intelectual
2. Informar de manera permanente a la Comisaria de Familia como a los integrantes de la misma, por lo menos cada mes, acerca del estado general y la evolución de la menor.
3. Poner en conocimiento en forma inmediata cualquier circunstancia que afecte la integridad de la menor de edad y/o la prestación del servicio.
4. Impedir cualquier situación de inobservancia, amenaza o vulneración por su parte y/o por personas con las que el NNA se pueda relacionar en tanto permanece en el Hogar Sustituto.
5. Informar a la Comisaria de Familia o al integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario que corresponda y al operador cambio de residencia, domicilio o de dirección para obtener su aprobación
6. Solicitar la autorización del Comisaria de Familia para la reubicación de los NNA que se encuentran en el Hogar Sustituto en caso de que la madre o padre sustituto desee realizar cambio de residencia.
7. Permitir el seguimiento y acatar las disposiciones de la Comisaria de Familia como las directrices del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, o de las personas autorizadas, en cuanto a las medidas de protección y restablecimiento de los derechos de los menores a su cargo.
8. Incentivar la participación de los niños o adolescentes a su cargo en las actividades individuales o colectivas programadas por el ICBF, entidades u organizaciones contratadas por éste.



Galaxy A13

9. Cumplir con las citaciones programadas para la realización de las visitas o encuentros del menor con su familia de origen o extensa, en el Centro Zonal, Comisaria de Familia, o en el lugar que disponga o autorice la Autoridad Administrativa.

10. Acompañar el proceso de preparación de los niños, niñas y adolescentes para el egreso de la modalidad, cuando se anuncie por parte de la Autoridad Administrativa o el equipo de la entidad contratista, la decisión de cambio de medida de restablecimiento de derechos o reintegro a su familia biológica.

11. Entregar al niño, niña o adolescente, en el momento en que la Autoridad Administrativa así lo ordene, con los respectivos documentos con los cuales fue recibido o con los que adquirió durante la permanencia en la modalidad.

12. La persona responsable del Hogar Sustituto deberá cumplir con las demás obligaciones establecidos en el Lineamiento Técnico de Modalidades para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, así como las disposiciones legales establecidas en el Código de Infancia y Adolescencia

El incumplimiento de las obligaciones y de las observaciones o recomendaciones especiales consignadas en la presente acta, dará lugar a la perdida de la calidad del Hogar Susrituto de forma inmediata o con posterioridad a la supervisión, seguimiento y asesoría realizados, sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil a que haya lugar.

En constancia se firma la presenta acta por quienes intervinieron en esta diligencia:

**ERIKA MARIBELA SAENZ RIVERA**
Comisaria de Familia

**MIRIAM CRUZ VALENZUELA**
**Representante del Hogar Sustituto**
**C.C.** 52995117

**SONIA ESPERANZA VALDERRAMA**
Psicóloga

**KAREN DANIELA GUACA MORANTES**
Trabajadora Social



Galaxy A13

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°03 | |
|---|---|
| **Hora:** 2:30 p.m | **Fecha:** 31 de marzo 2025 |
| **Lugar:** | AUDITORIO CENTRO ZONAL ICBF PITALITO |
| **Dependencia que convoca:** | GESTOR DE CASO |
| **Proceso:** | MISIONAL- PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS |
| **Objetivo:** | Generar espacios de ocio en los usuarios que fortalezcan su imaginación y permitan la implementación de jornadas de esparcimiento. |

**Agenda:**

1. Saludo
2. Ejecución de la programación organizada.
3. Conclusiones y compartir.

**Desarrollo:**

1. **Saludo:**
   El día 31 de marzo, siendo las 2:30 PM, reunidos en auditorio del centro zonal ICBF PITALITO, se llevó a cabo el acto de conmemoración del **Día Internacional de la Mujer**, con la presencia de las madres sustitutas las usuarias de la modalidad de Hogares Sustitutos y el acompañamiento Interinstitucional de las PIC ESE MANUEL CASTRO TOVAR. Esta actividad tuvo como propósito conmemorar y celebrar el significado y el valor de la MUJER como constructora de tejido social y bienestar

**ORDEN DEL DÍA:**

**Palabras de bienvenida** a cargo del gestor de caso Nicolas Castaño donde da la bienvenida socializa el objetivo y fin de este encuentro siendo este un acto conmemorativo y simbólico, exclusivo para todas las mujeres de la fundación social yo te cuido

**INTERVECION PROFESIONAL PICS DE LA ESE MANUEL CASTRO TOVAR**

Se presenta la señora MONICA VALDERRAMA, funcionaria e integrante de los equipos de intervenciones colectivas PIC de la ESE MANUEL CASTRO TOVAR quien brinda taller sobre sexualidad donde socializa que es un tema amplio y complejo que abarca diversos aspectos de la vida humana, desde lo biológico y lo psicológico hasta lo social y lo cultural. Tiene que ver con **cómo las personas experimentan expresan su identidad, sus deseos, sus emociones y sus** relaciones.
En términos biológicos, la sexualidad se refiere a los aspectos físicos relacionados con el sexo, como los órganos reproductivos, las hormonas y la respuesta sexual. Sin embargo, la sexualidad también involucra una dimensión emocional y psicológica, que está relacionada con el amor, la




Powered by CamScanner

intimidad, la atracción y el deseo. Las experiencias sexuales no son solo físicas, sino también cargadas de significados emocionales y sociales.
Además, las personas tienen diferentes orientaciones sexuales, lo que implica que pueden sentirse atraídas por personas del mismo sexo (homosexualidad), del sexo opuesto (heterosexualidad), o por personas de ambos sexos (bisexualidad), entre otras formas de atracción. La identidad de género también es un componente importante de la sexualidad, que tiene que ver con cómo una persona se identifica en relación con el género, ya sea masculino, femenino, o una identidad no binaria, se lleva acabo actividad participativa donde las participantes desde su propia construcción por medio de un dibujo expresan lo que entienden por sexualidad aclarando que no es una construcción del acto sexual, si no mas bien de lo roles que asumen las personas por cómo se identifican.

**Conclusiones y compartir:** Se abre espacio para debatir y construir conocimiento donde las madres sustitutas y algunas usuarias brindaron sus puntos de vista, y participan activamente Cuando se combina este día con el tema de la sexualidad, surgen varias conclusiones importantes donde refuerzan la importancia de continuar avanzando hacia una sociedad más equitativa y respetuosa con las mujeres en todos los aspectos de su vida, incluida su sexualidad:
**Reconocimiento de la Autonomía Sexual Femenina**: La sexualidad de las mujeres sigue siendo un tema de debate y, en muchos casos, un terreno de control social y cultural. El Día Internacional de la Mujer es una oportunidad para enfatizar la importancia de que las mujeres ejerzan su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y su vida sexual sin imposiciones ni prejuicios. La autonomía sexual es un derecho fundamental que debe ser respetado y promovido.
**Desafíos Persistentes**: A pesar de los avances en la lucha por la igualdad de género, las mujeres siguen enfrentando violencia sexual, acoso y discriminación en diversos contextos, incluidos los laborales, sociales y familiares. Esto afecta negativamente su bienestar emocional, físico y psicológico. Es necesario seguir trabajando en políticas públicas que protejan a las mujeres y en la educación para erradicar los estigmas y tabúes relacionados con la sexualidad femenina.
**Educación Sexual Integral**: Un aspecto crucial que se debe promover es la educación sexual integral, que debe ser accesible para todas las mujeres y niñas, independientemente de su contexto socioeconómico o cultural. La educación sexual debe incluir temas como el consentimiento, el placer, la salud reproductiva, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, y la equidad de género, brindando a las mujeres las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas sobre su sexualidad.

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



Powered by CamScanner













| Compromisos / tareas | Responsable(s): Nombre / Cargo o rol | Fechas |
|---|---|---|
| Compromisos | Gestor de caso | Por confirmar |

FIRMA ASISTENTES

| Nombre | Cargo o rol / Dependencia | Entidad | Firma |
|---|---|---|---|
| OLAS CASTAÑO | Gestor de caso | Fundación social yo te cuido | Nicolás Castaño |




Powered by CamScanner

| Próxima reunión | Fecha | Hora | Lugar |
|---|---|---|---|
| Por confirmar | Por confirmar | Por confirmar | Por confirmar |
| **Colaborador que elabora el acta:** | Nicolas castaño<br>Gestor de caso | | |

PÚBLICA

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORAMIENTO E INNOVACIÓN
FORMATO: ESTUDIO DE ASISTENCIA

| | |
|---|---|
| FE-PT-A0 | 12/06/2024 |
| Versión 0 | Página 2 de 2 |
| Clasificación de la información: Pública | |

ACTIVIDAD: CELEBRACION Y CONMOMORACION DIA INTERNACIONAL DE LA MUJER — FECHA: 7 DE MARZO 2026

HORA INICIAL: 2:30 PM — HORA FINAL: 4:30 PM — LUGAR: AUDITORIO CENTRO ZONAL IC2 PITALITO

DEPENDENCIA LIDER: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO -FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DIRECCIÓN | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | |
| 1 | YENNI ANDREA ROJAS RAMOS | 36293823 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Yenni Andrea. |
| 2 | LUZ NELLY URBANO | 26567386 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Luz Nelly Urbano |
| 3 | YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA | 1083667399 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Yuli Andrea Rojas |
| 4 | MARYEN LUCIA NARVEZ | 26262920 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Maryen Lucia Narvaez |
| 5 | PAULA ALEJANDRA RIVERA | 1082779043 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Paula A Rivera |
| 6 | DIANA PATRICIA BARRAGAN | 1083893001 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | 3162710225 | dipab31225@hotmail.com | |
| 7 | GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS | 36288968 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 8 | YUDIS PAOLA HOYOS OSORIO | 36288105 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Yudis paola Hoyos |
| 9 | KAREN DAYANA CALDERON | 1083893442 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | | | 3229003277 | karencalderon@hotmail.com | Karen Calderon |
| 10 | DIMARA DIAZ MOLINA | 362965864 | MADRE SUSTITUTAS | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |

(Antes de imprimir este documento, piense en el medio ambiente)

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

| | |
|---|---|
| FEPI M | 12/06/2024 |
| Versión 0 | Página 1 de 1 |
| Clasificación de la información: Pública | |

ACTIVIDAD: CELEBRACION Y CONMEMORACION DIA DE LA MUJER

FECHA 21 MARZO 2025

HORA INICIAL: 2:30 PM

HORA FINAL: 4:30 PM

LUGAR AUDITORIO CENTRO ZONAL ICBF PITALITO

DEPENDENCIA LIDER: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO -FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O SEDE/OFICINA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | FM |
| 9 | ELIZABETH MILAGROS SAMBONI | R.C- 1083987253 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 10 | DANNA LISETH BRAVO CABRERA | T.I. 1,079,382,595 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 11 | LUZ SARITA REINA | R.C.1079537791 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 12 | MARIA JOSE SALGADO VEGA | T.I 1083892928 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Maria Jose Salgado V |
| 13 | SHAIRA MELIZA CELIS RODRIGUEZ | T.I. 1.117.974.332 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Shaira meliza |
| 14 | BLEIDY MIREYA | T.I. 1144627752 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | | Bleidy Mireya |
| 15 | ANGIE LORENA URBANO | T.I 1083912259 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | | Angie Lorena Urbano. |
| 16 | DERLY YULIANA MUÑOZ GOMEZ | T.I1088364333 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | | | | | Derly Yuliana Muñoz Gomez |
| 16 | ASTRID NICOL MAGON TIQUE | T.I. 1075910049 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Astrid Magon |

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

| | |
|---|---|
| [illegible] | [illegible] |
| Versión 9 | Página 1 de 2 |
| Clasificación de la información: Pública | |

ACTIVIDAD: CELEBRACION Y CONMEMORACION DIA DE LA MUJER

FECHA: 31 DE MARZO 2021

HORA INICIAL: 2:30 PM

HORA FINAL: 4:30 PM

LUGAR: AUDITORIO CENTRO ZONAL ICBF PITALITO

DEPENDENCIA LIDER: MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO -FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELÉFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | |
| 1 | ANYELA SULAY ORTIZ ZUÑIGA | T.I. 1082780648 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Anyela Sulay O |
| 2 | YENNY PATRICIA TIRADO TORO | C.C. 1118012746 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 3 | LAURA MARIA BOCANEGRA LLANOS | C.C 1113263690 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Laura Maria B |
| 4 | CAMILA ANDREA CORTES PERDOMO | T.I. 1.118.375.324 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | camila Andrea cortes |
| 5 | SARITA SOFIA ALVIRA VALLEJO | R.C. 1083929548 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 6 | NIYIRETH TORO VARGAS | T.I 1113844604 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | |
| 7 | KAREN TATIANA ARBOLEDA OVALLE | T.I. 1081701564 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Karen tatiana A |
| 8 | YULIANA PALOMA MARTÍNEZ MALES | R.C. 1083931201 | USUARIO | FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | HUILA | PITALITO | - | - | - | - | Yuliana |

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

Powered by CamScanner

1- 10 de marzo /2025

DIFICULTAD: el día 3 de marzo de las terapias de Jacobo cuando fue a gestionar el número de autorización estaba mal no dejó nuevamente a sentarlo nuevamente no hicieron el proceso, no no ha salido número de autorización todavía nunca nos habría pasado esto.

SALUD: El día 4 de marzo Jacobo pasó por higiene oral y terapias de psicología otra nuevamente para el 18 de marzo 2025.

MARZO 11- 17/ 2025

DIFICULTADES: Jacobo cuando se le dice que ya no lo deja ver más televisión, o cuando se pone a jugar y deja los juguetes tirados en el piso, le dice que organice se pone muy bravo, llora muy duro, se tira al piso, se revuelca, se pega cachetadas se calma un poco y sigue con esos episodios son muy demorados cuando se le llama la atención

en ocasiones muerde la niña del hogar sustituto le digo que no haga eso se pone a llorar y agripar muy duro.
por otro lado, hemos presentado una dificultad con las terapias de Jacobo resulta que sanitas la autorizo pero no me las liberaron no se pudo facturar para por la eps y me dice que en el transcurso de la semana las liberan en esa espera seguimos para poder facturar y continuar con las sesiones.

MARZO 18- 24 / 2025
SALUD: el dia 18 de marzo Jacobo asistio a cita por Genetica Humana en la ciudad de Neiva, le envio control en 3 meses envio orden para que asistiera a consulta por psiquiatria pediatrica prioritaria.
Esta misma fecha 18 de marzo Jacobo tuvo cita por oftalmologia pediatrica, estuvo muy mala la señal, el especialista le

Scanned with CamScanner

hizo por llamada telefonica envio orden para cardiovascular con terapia y control en 3 meses, no lo medico.

ENFERMERIA BIOLOGICO: El dia 21 de marzo Jacobo tuvo visita con el papá en horas de la mañana en la fundación yo te cuido cuando el papa llego estaba tranquilo lo saludo, lo abrazo le dio un beso comparte con el, cuando terminaron las visitas llego a la casa alegre como es el jugando con un carro que le dio el papa almorzo muy bien paso un excelente dia, en la noche comio muy bien y paso muy buena noche.

MARZO 25- 31/ 2025
SALUD: El dia 26 de marzo Jacobo pasa por consulta medica ya que le han salido unos granos en los brazos y las piernas, le envio una crema

Betametasona aplicar en los granos y un antibiotico ya empezo con el tratamiento y le ha mejorado debe volver a control en 8 dias.

Contaron con los terrenos los dias marcados, ya me dieron arboles nuevos para el mes de abril.

Scanned with CamScanner

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

**LA SUSCRITA 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 2 del COMPONENTE TÉCNICO. 2) Adelantar las acciones del proceso de atención en el marco de la Propuesta de Implementación y Cualificación aprobada.

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, Durante el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes actividades las cuales estaban enmarcadas dentro de los cronogramas establecidos para el desarrollo de la propuesta de implementación PIYC, en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata:

1. Encuentros biológicos y Fortalecimiento a familias biológicas - temática – Deconstruir los patrones culturales que afianzaron la reproducción de hechos que llevaron al motivo de ingresos de los niños, niñas y adolescentes al programa.

+ Garzón: 28-03-2025
+ Pitalito: 21-03-2025
+ La Plata:21-03-2025

Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos ( tiempos de comida)

+ Garzón: 27-03-2025
+ Pitalito: 27-03-2025
+ La Plata:27-03-2025

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

2. Cualificación a familias sustitutas: estrategias efectivas para guiar y orientar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo integral, promoviendo su bienestar e integridad .

+ Pitalito: 02-03-2025
+ La Plata: 11-03-2025
+ Garzón: 28-03-2025

Fortalecimiento técnico a familias sustitutas -fortalecimiento de la autoestima y la confianza en el misma como las madres sustitutas.

+ Pitalito: 02-03-2025
+ La Plata: 10-03-2025
+ Garzón: 12-03-2025

Taller Usuarios – Equidad de genero
la plata: 31-003-2025
Garzón: 18-03-2025
Pitalito: 21-03-2025

Taller Actividades de Ocio – Conmemoración día de la mujer
la plata: 17-03-2025
Garzón:
Pitalito:

3. Talento Humano - Jornada mesa de trabajo 13/02/2025 - 14/02/2025 – 17/02/2025

Neiva – 01 de abril de 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Representante legal Fundación Social Yo Te cuido**

Elaborado y proyectado por:

Paola Andrea Marin - coordinadora

RADICADO:
2025CS017244-1
FECHA: 2025-03-31
2025PQR00011285

Pitalito Huila, Marzo 31 de 2025

Señor(a)
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
CALLE 1A No 5-52
Tel: 3124401237-3206193497
Pitalito / Huila

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD DE BOLETA DE EGRESO NN JERONIMO CALDERON SALGADO

Cordial saludo:

Me permito transcribir la boleta de egreso en los siguientes términos:

**BOLETA DE EGRESO**
**ORDEN DE EGRESO PARA UBICACIÓN EN MEDIO FAMILIAR**
**COMISARIA SEGUNDA DE FAMILIA – PITALITO-HUILA**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE** | **JERONIMO CALDERON SALGADO** |
| **IDENTIFICACIÓN** | R.C 1.083.929.460 |
| **FECHA NACIMIENTO** | Pitalito, 18 de julio de 2017 |
| **EDAD** | 8 años |
| **ESCOLARIDAD** | Hogar Comunitario de Bienestar “Fundación Social yo te cuido” |
| **SEGURIDAD SOCIAL** | Sanitas - SUBSIDIADO |
| **ESQUEMA VACUNAS** | Completo para la edad |
| **ORDENO MEDIDA** | Comisaria de familia Pitalito- Huila |
| **MODALIDAD** | Hogar sustituto |
| **RADICADO COMISARIA SEGUNDA DE FAMILIA-HUILA** | PARD N° SIM 235103725 RADICADO INTERNO 2024PQR00030289 |
| **FECHA DE INGRESO** | **16 de octubre 2024**<br>Se encuentra ubicada bajo la modalidad de protección provisional de ubicación en Hogar Sustituto. |
| **FECHA EGRESO** | **17 de marzo de 2025** |
| **DIRECCIÓN RESIDENCIA** | Carrera 3#918 Centro |
| **TELÉFONO** | 3232330465 |

"Los suscritos hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las disposiciones técnicas o legales, en el marco de nuestras competencias, por tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma."

Proyectado por: AMPARO TRUJILLO VARGAS, Comisaria de Familia

| | |
|---|---|
| Revisado por: AMPARO TRUJILLO VARGAS, | Aprobó: AMPARO TRUJILLO VARGAS |
| Cargo: Comisaria de Familia, | Cargo: Comisaria de Familia |



Carrera 3 No. 4 - 78 / Centro Administrativo Municipal La Chapolera
www.alcaldiapitalito.gov.co
atencionalciudadano@alcaldiapitalito.gov.co

CO/SC/CER504645
✓Atención al Ciudadano
✓Gestión del Talento Humano

| | |
|---|---|
| **NOMBRE MADRE** | LEIDY YOHANA SALGADO VEGA<br>Identificada con cédula de ciudadanía número, 1.083.892.716 Exp en Pitalito-Huila |
| **NOMBRE PADRE** | MIGUEL FERNANDO CALDERON LOSADA<br>Identificado con cédula de ciudadanía número 1.083.892.716 |
| **MOTIVO DEL EGRESO** | Mediante Resolución N 07-2025 adiado 14 de marzo de 2025, se resolvió "…*Artículo 1. Declarar en situación de vulneración al niño JERONIMO CALDERON SALGADO identificado con el documento de identidad número 1083929460. Artículo 2. Modificar la medida de restablecimiento de derechos adoptada mediante auto de apertura, consistente en la ubicación del niño bajo la modalidad de hogar sustituto, y en su lugar, adoptar como medida de restablecimiento de derechos su ubicación en medio familiar materno, a cargo de su progenitora, señora LEIDY YOHANA SALGADO VEGA, identificada con la cédula de ciudadanía número 1083892710*…" |
| **OBSERVACIONES** | Cambio de medida hogar sustituto por la medida de restablecimiento de derechos de ubicación en medio familiar bajo la responsabilidad de custodia y cuidado personal de su progenitora la señora: LEIDY YOHANA SALGADO VEGA, residente en la Carrera 3#918 Centro del Municipio de Pitalito- Huila |

Atentamente,

**AMPARO TRUJILLO VARGAS**
**Comisaria de Familia**

"Los suscritos hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las disposiciones técnicas o legales, en el marco de nuestras competencias, por tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma."

Proyectado por: AMPARO TRUJILLO VARGAS, Comisaria de Familia

| | |
|---|---|
| Revisado por: AMPARO TRUJILLO VARGAS, | Aprobó: AMPARO TRUJILLO VARGAS |
| Cargo: Comisaria de Familia, | Cargo: Comisaria de Familia |



Carrera 3 No. 4 - 78 / Centro Administrativo Municipal La Chapolera
www.alcaldiapitalito.gov.co
atencionalciudadano@alcaldiapitalito.gov.co

CO/SC/CER504645
✓Atención al Ciudadano
✓Gestión del Talento Humano

**BOLETO DE EGRESO**

**PARA:**

**INSTITUCION:** FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

**DIRECCION:**

**MUNICIPIO:** LA PLATA

**DEPARTAMENTO:** HUILA

**ASUNTO:** EGRESO MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO

Atentamente me permito informar a usted sobre el egreso del siguiente beneficiario:

**NOMBRES Y APELLIDOS: SEBASTIAN NOGUERA MOSQUERA**

**TIPO Y No. DE DOCUMENTO:** T.I. No. 1081405938

**No. DE PETICION SIM:** NO APLICA

**SERVICIO:** ACOGIMIENTO FAMILIAR - HOGAR SUSTITUTO ONG - VULNERACIÓN

**MOTIVO DE EGRESO:** UBICACION EN INTERNADO PARD

**FECHA DE EGRESO:** 25 DE MARZO DE 2025

**DATOS DEFENSOR DE FAMILIA:**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** ELIANA MERCEDES ALVAREZ MUÑOZ

**REGIONAL / CENTRO ZONAL:** HUILA – LA PLATA



_____
**ELIANA MERCEDES ALVAREZ MUÑOZ**
Defensora Segunda de Familia
ICBF Centro Zonal La Plata

Del 29 de Diciembre al 4 de Enero /25

• Alimentación: Esta semana ha comido muy bien ha recuperado el apetito y esta muy juiciosa alimentándose de lo que le damos, le gusta mucho las frutas.

• Higiene: Le seguimos insistiendo en avisar cuando desea ir al baño, pero unos días esta muy juiciosa con avisar y al otro día se le ha olvidado todo, y hay al empezar de nuevo. Le gusta bañarse y jugar con el agua, también disfruta del cepillado de dientes.

• Sueño: Aún los sigo acompañando al momento de dormir, duerme toda la noche.

• Recreación: Ella es muy sociable, se adapta con mucha facilidad a las personas y a los lugares. Le gusta compartir los juguetes y pasa mucho con sus hermanos y la nueva niña al hogar.

• Temores: Al dormir y apagar la luz llora mucho toca acompañarla.

• Apego = A sus muñecos.

• Salud = Esta muy bien de salud. Aún le está saliendo un poco de cabello en las zonas donde tuvo el abceso. De resto está muy bien. Aún no tiene el traslado de la E.P.S.

Del 5 de Enero al 11 de Enero /25

• Alimentación: Come bien de los 3 hermanos es la más demorada y rechaza algunos alimentos como la ensalada el cayo les embuelto, le insistimos y luego se los combinamos para que se los coma.

• Higiene: Continúa con su rutina de baño y le gusta. Esta semana ha estado luciasca avisando las idas al baño. Le gusta cepillarse

• Sueño: Esta semana se ha despertado varias veces en la noche, hasta q' no me acueste con ella no se calma ni se queda nueva/ dormida.

• Recreación: Juega y comparte los juguetes que se le dió en Navidad. Es muy alegre y disfruta cada salida, de juegos. En la salidas a la calle se porta mal, pues no hace caso. a veces.

• Temores: Al dormir, y apagarla luz llora. Los acompaño hasta que se queden dormidos.

• Apego: A sus muñecos, pelea x q' sus hermanos se lo cojen.

• Salud: Al momento está bien de Salud.

Del 12 de Enero al 18 de Enero /2025

• Alimentación: Ha comido muy bien, es demorada y en ocasiones toca cucharearle, pero come bien, le encanta la ensalada de Mayonesa pero la de bataviq no le gusta, nos toca. combinarsela con el arroz y dársela

• Higiene: Esta semana estuvo muy pendiente, ella avisaba las veces que necesitaba ir al baño, ya es un avance grande, pues ya no se hace en cualquier parte, le continúo sacando las ultimas lienderes secas que le quedan.

• Sueño = Esta semana sigue despertándose varias veces en la noche. Debo ir a acostarme con ella para que deje de llorar y consiga el sueño nuevamente.

• Recreación: Disfruta cada momento con sus hermanos y demás niños, le gusta mucho el lugar es muy sonriente y alegre.

• Temores: Al dormir no toca acostarme con ella hasta q se duerma.

• Apego: A los maestros

• Salud = Goza de buena salud Aún seguimos enviando correos todas las semanas en donde solicito el registro civil legible y el traslado de su EPS, ya q no han podido ser matriculados para el estudio, y tampoco han podido ser remitidos por especialistas para saber al motivo porque no habla Valery y recibir el tratamiento y las terapias adecuadas.

Le seguimos recordando el habito q'e tiene de meterse la ropa a boca y alcorce la blusa o vestido.

Del 19 de Enero '/25, al 25 de Enero '/25

Alimentación: Continúa alimentándose muy bien.

• Higiene: Le gusta bañarse y cepillarse y continuamos con la enseñanza de ir al baño o en la vasenilla para que no se hagan en los pantalones.

• Sueño: En ocasiones llora en la noche. Debo ir a acompañarla.

• Recreación: Le gusta las salidas, disfruta mucho los juegos y entretenimientos.

• Temores: Al dormir y apagar la luz llora debo ir a acompañarla hasta q' se duerman.

• Apego: a algunos Muñecos

• Salud: Goza de buena salud, en ocaciones le ha sangrado una fosa nasal, pero hemos notado q' se molesta la nariz.

Laura Fernández
Psicóloga
T.P. 218884

29 de Enero /2025

"Encuentro Biológico"

Dejamos los hermanitos Martinez Arias en la Fundación a las 9:00 AM. y a las 12:20 los recogimos.
Valery estaba muy contenta, alegre como siempre. Al llegar a casa, almorzaron muy bien, Valery se comio todo.
En el transcurso de la tarde ella estuvo muy bien, normal, compartió, lloró, comió y cumplió con las rutinas de asco como es habitual, se evidencio que Valery no tuvo ninguna afectación emocional al tener hoy el encuentro biológico.

Del 26 de Enero del /25 al 1ro de Febrero de /25

• Alimentación: Valery, Come muy bien de todo, y lo que no le gusta se lo metiamos con

otros alimentos para que se los tome.

• Higiene: Le seguimos insistiendo en el aprendizaje de avisar las veces q quiere asumar y hacer del cuerpo para q no se siga haciendo en los pantalones, además de que ya tiene la edad de avisar, el problema además es porque no habla, son muy pocas las palabras q 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 rapido, le gusta divertirse y compartir juegos con los demás.

• Temores: Al dormir, debo acompañarla hasta q se duerma.

• Apego: A algunos muñecos

• Salud: Está bien de salud.

Karen Daniela Rodriguez Trabajadora Social 28-01-2025

Del 2 de febrero las al 8 de febrero/25

• Alimentación: Ha comido durante esta semana un poco menos pues estuvo con síntomas de anya, peo se le ha controlado.

• Higiene: Continua con el aprendizaje de avisar, ir al baño, suave con su rutina de aseo y cepillado de los dientes los cuales disfruta mucho.

• Sueño = Duerme bien aunque en esta semana 2 veces en la madrugada se despertó, debo ir a acompañarla.

• Recreación: Juega y disfruta de cada salida, y aquí en la casa juega a toda hora con sus hermanos

• Temores: Al ir al dormir, debo acompañarla hasta que se duerma.

• Apego: A algunas mañanas

• Salud: Esta semana Valery estuvo con fiebre y síntomas de gripa le dimos acetaminofen y se la controlamos y no le avanzó la gripa. 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 recorrido.

• Recreación: Es muy, divertida y sociable se entretiene fácilmente juega y disfruta con sus hermanos y demás niños. Aunque a veces también pelean y se pegan.

• Temores: Al ir a dormir, debo acompañarla hasta que se quede dormida.

• Apego: a algunos muñecos

• Salud: Esta semana Valeri ha estado muy bien de salud. No ha presentado ningún síntoma de enfe.

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 reguero con la comida y se distrae facilmente. Y que cuando no desee comer algo, que lo manifieste.

• Higiene: Hemos notado q le gusta meterse los dedos en la nariz hasta que le sangra, al igual q tiene algo en el cuerpo le molesta la carachita hasta q sangre. Es muy lucuosa 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 hacer compartir es muy alegre y todo le disfruta.

• Temores: Al dormir

• Apego: A los muñecos

• Salud: Esta bien de salud.

28 de febrero del 2025
"Encuentro Biológico"

Dejamos los hermanitos Martinez Arias en la fundación.
Al recibirlos podemos observar que:

Valery, estuvo atenta, al encontrarnos nuevamente.
Valery almorzo 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 ninguna afectación emocional por el encuentro que tuvo hoy en la mañana con su mamá.

Karen Fonseca
Trabajadora Social
28-02-2025

Del 23 de febrero /25 al 1 de Marzo /25

. Higiene: Le gusta mucho a la hora de ir a baña y cepillar los dientes es muy juiciosa. y disfruta y juega con el agua.

. Alimentación: Esta semana continúa comiendo muy bien de todo lo q' le damos,

• Sueño: Ha dormido bien durante esta semana.

• Recreación: Es muy sociable le gusta compartir juegos y actividades con otros niños, es muy alegre.

• Temores: A la hora de acostarse

• Apego: A algunos muñecos

• Salud: Ha estado con un poco de resfriado. Pero le hemos controlado con remedios caseros.

Del 12 de Marzo 25 al 8 de Marzo 25

• Alimentación: Come bien de todo, y los entrados que no le gusta se los mete con cuchara y así se los come.

• Higiene: Le gusta estar limpia y disfruta del baño cepillado de dientes y corte de uñas.

• Sueño: Duerme bien durante la noche, en la guardería los hacen dormir a medio día.

• Recreación: Le gustan los juegos de mesa, lo nuevo.

• Temores: A la hora de ir a dormir

• Apego: A su bb y bebe por muñeca

• Salud: Por el clima se ha bajado en los últimos días tuvo resfriado pero se los controlamos con remedios caseros. Al momento está controlada, está bien de salud.
Seguimos en la enseñanza de que Valery a todo diga que sí, entonces le enfatizamos a si hay veces se debe decir que no.
Ya ha mejorado bastante en ayudar a las otras al baño.

Del 9 de Marzo 12s al 15 de Marzo

• Alimentación: Valery es una niña que come de todo lo que le damos y lo que no le gusta lo deja a un lado. Ya aprendió a comer ensaladas que no le gustaban, las verduras que no le gustan se las mezclo con el arroz y así come. Es la más demorada en terminar pero come bien. Hace muchos reperos pero come bien

• Higiene: Le gusta la rutinas del baño y le gusta cepillarse sola. Ya avisa las idas al baño. Como los días estan lluviosos en las noches no se baña, pero en las mañanitas todos los días sí.

• Sueño: Valery duerme toda la noche no ha vuelto esta semana a despertarse a media noche, q' lo estuvo haciendo. Ella duerme bien, en el día no duerme. Pero en el hogar sí lo hacen a dormir

• Recreación: Le gustan todas las salidas aunque no hace caso por ratos.

• Temores: A la hora de ir a la habitacion a dormir llora, debo acompañar hasta que se duerma.

• Apego: A sus muñecos

• Salud: Esta semana presentó tos, se llevó a Urgencias para q' no avanzara, los medicamentos aún no se han autorizado. Pero le estamos suministrando remedios caseros y la tos se le fue, y cuidandola de no salir para que no le avance, bañandola con agua tibia. y así mejoró.

Del 16 de Marzo /25 al al 22 de Marzo /25

- Alimentación: Valery come muy bien de lo q le dimos, se demora un poco pero comes ya avisa cuando no quiere comer más.

- Higiene: Continúa con sus rutinas de baño y cepillado de dientes. Le gusta hacerlo sola, pero al final yo le hago un repaso.

- Sueño: Continúa durmiendo bien.

- Recreación: Es divertida, juguetona, le gusta jugar y compartir con sus hermanos, aunque a veces pelean, la mayoría de veces se distraen y divierten entre ellos, y cuando los sacamos al parque o otros lados interactúa muy bien con otros niños y acompaña.

- Temores: A la hora de ir a dormir y se apaga la luz llora, entonces la acompaño hasta q se duerman.

- Apego: A sus mamás.

- Salud: Esta bien de salud.

Encuentro Biológico 28 de Marzo /25.

A las 9 de la mañana dejamos los hermanitos Martinez Arias en la fundación para su encuentro Biológico Virtual.
Al recibirlos Valery estaba tranquila, juguetona como siempre y acataba las órdenes que le dabamos, hacia caso sin novedad se veía contenta, alegre sonriente como es ella, pudimos ver que no tuvo ni presentó ninguna alteración emocional al ver nuevamente a su mamá.

Del 23 de Marzo /25 al 29 de Marzo

- Alimentación: Continúa comiendo de todo lo que le damos.
- Higiene: Le gusta el baño y lo disfruta juega con el agua. Ya avisa las idas al baño, pero esta semana se descuido. y a ornar en los pantalones.
- Sueño: Duerme bien durante la noche y en el hogar duerme a medio día un rato.
- Recreación: Valeria distinta de cada salida le gusta jugar y compartir juegos con sus hermanos
- temores: A la hora de ir a dormir debe acompañarlos hasta q' se duermen.
- Apego: A los muñecos
- Salud: El 26 de Marzo /25 Se llevó a Valeria a Urgencias de HZ Arkhado ya que a la 1:00 de la noche presentó fiebre de 38.3 le dió acetaminofen 7 cc. y le subió a 38.6 entonces decidimos llevarla. a lo que formularon Acetaminofen Jarabe 150 mg Jarabe
  - frasco x 60 ml tomar 7 cc c/8 horas
  - Sales de Rehidratación Oral: tomar a la demanda.

El diagnostico fue. Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común).
Ha mejorado al momento. le bajó el apetito.

## ACTA DE UBICACIÓN EN HOGAR SUSTITUTO

**Proceso de restablecimiento de derecho del NNA:**
**Nombre:** Álvaro Arley Hermida Villanueva
**Identificado:** 1.079 391.642

El Agrado, Huila
**13 de marzo de 2025**

La Comisaria de Familia habiendo encontrado que los hechos acerca de la situación del menor **Álvaro Arley Hermida Villanueva** ponen en peligro su vida e integridad, dispuso decretar medida provisional de ubicación en la modalidad de Hogar Sustituto bajo el cuidado de la señora. **Olga Lucia Triana Casas** identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.077.856.836, domiciliada en la Calle 16 # 2/63 segundo piso Reservas de Garzón, cuenta con abonado telefónico 3138486593 y correo electrónico Luciltrianacasas50@gmail.com.

Con tal finalidad, el representante de la modalidad Hogar Sustituto, bajo la responsabilidad que le obliga según las disposiciones legales y administrativas se compromete a:

1. Brindar al menor la atención y cuidados indispensables para garantizar su desarrollo integral Físico, moral afectivo, moral, emocional, social e intelectual.

2. Informar de manera permanente a la Comisaria de Familia como a los integrantes de la misma, por lo menos cada mes, acerca del estado general y la evolución del menor.

3. Poner en conocimiento en forma inmediata cualquier circunstancia que afecte la integridad del menor de edad y/o la prestación del servicio.

4. Impedir cualquier situación de inobservancia, amenaza o vulneración por su parte y/o por personas con las que el NNA se pueda relacionar en tanto permanece en el Hogar Sustituto.

5. Informar a la Comisaria de Familia o al integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario que corresponda y al operador cambio de residencia, domicilio o de dirección para obtener su aprobación.

6. Solicitar la autorización del Comisaria de Familia para la reubicación de los NNA que se encuentran en el Hogar Sustituto en caso de que la madre o padre sustituto desee realizar cambio de residencia.

7. Permitir el seguimiento y acatar las disposiciones de la Comisaria de Familia como las directrices del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, o de las personas autorizadas, en cuanto a las medidas de protección y restablecimiento de los derechos de los menores a su cargo.

8. Incentivar la participación de los niños o adolescentes a su cargo en las actividades individuales o colectivas programadas por el ICBF, entidades u organizaciones contratadas por éste.



Powered by CamScanner

1 marzo al 12.

salud: viviana a gozado de buena salud hace unos dias que tiene el periodo la lleve al medico el dia 11 de marzo y la doctora le indico que es por la pila que tiene para planificar, me recomendo hacerle un chequeo, ya se le saco cita para el 25 de marzo.

ESTUDIO: se encuentra muy feliz estudiando se le observa buen compromiso, Tambien esta muy feliz de estar al Sena al curso de excel.

Sueño: Ser policia

Recreacion: Disfruta de cada actividad que se realiza en familia.

Temor:- Apartarse de su hermana.

comportamiento, ella tiene buen comportamiento con la familia, pero al igual que se hermana cuando

llegan niñas al hogar que no son obedecen agrado de ellas es ordinaria y les habla mal, yo le doy consejos, se corrige se le explica que todas las niñas que llegan a mi casa son muy importantes y merecen respeto.

12 marzo al 27.

La niña Kelly viviana a gozado de buena salud.

Alimentación, consume toda clase de alimentos escepto comer de verduras

Higiene, es ordena, aseado con sus objetos personas, ; pero con el aseo de su cuero cabelludo muy poco, se le debe decir que se debe lavar la cabeza y peinarse bien.

ESTUDIO: e notado que en los ultimos dias falta de interes por el curso de excel que esta realizando en el colegio tambien hay dias que dice que tiene pereza de asistir al colegio

le dije que eso a mi no me parecía mientras este en mi casa debe ir todos los días al cine y al colegio.

Sueño: ser policía

Temor alejarse de su hermana.

Comportamiento; el día 19 de marzo me manifiesta que ella no asiste los viernes al curso de excel, ya que debe asistir al trabajo social; le digo que no voy a admitir eso, ya que el trabajo social puede asistir 3 veces a la semana y tiene 1 año para realizarse y el curso de excel es muy importante para la vida, sobre todo ella no sabe nada ni enviar un correo, que aproveche.

El día 20 de marzo me dirijo al ICBF a colocar en conocimiento este tipo de actitud y falta de interés por aprender excel, muy oportunamente el equipo de la defensoría nos visita el día 21 marzo. a dialogar con ella, concientizarla.

de la importancia de aprender a manejar un computador, programas como lo es el excel.

Karen Y. Alvarez
Trabajadora Social
T.P. 1004442110

Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 31 03 2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | X | Discapacidad | | Tutor | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Hogar de paso | Familiar | | Casa hogar | |
|---|---|---|---|---|

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion Social yo te cuido | Calle 1A # 5 - 52 | 3118241198 |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Lucy Katalina Menetes | 1007710847 | 3156777819 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 26 02 2025 | Lucy Katalina Menetes. | 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.



Scanned with CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Rivera | Garcia | Paula Alejandra |
| | Identificación: 1082379043 | | |
| Dirección: Cra 27 # 27 - 21 | Tel. Fijo / | Celular 3123098374 | |
| Barrio: los Arandanos. | Correo electrónico: palerigaa4@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 | Luz Sarita Reina Urbano | 29/03/2020 | 1079537791 | 2351041109 | 09/11/2014 | D. Carta Claudia H. Lopez. |
| 2 | Angy Lorena Urbano | 24/04/2013 | 1083112259 | 2351041045 | 09/12/2024 | D. Carta Claudia H. Lopez |
| 3 | / | / | / | / | / | / |
| 4 | / | / | / | / | / | / |

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




Scanned with CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Scanned with CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Los usuarios cuentan con sus espacios para su bienestar en la unidad, estudian para fortalecer sus conocimientos en 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. | Si X / 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 |



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

Scanned with CamScanner

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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:**

Angy y luz santa se encuentran en un entorno protector, realizan practicas de autocuidado, de autoproteccion, y luz santa recibe inventivos biologicos.

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



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

Scanned with CamScanner

**Observaciones:**

Documentacion de los usuarios el dia, atenciones por el equipo psicosocial de la fundacion al dia.

| 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)

Tienen la dotacion, escolar, bolsa, personal y Aseo e higiene personal. al dia.

| 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.




Scanned with CamScanner

**Observaciones:**

No se enventran observaciones
la señora paula tiene su documentacion
actualizada y en orden a las
obligaciones que esta ejecutando

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

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

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




Scanned with CamScanner

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Espacio de estar | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si |

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

Vivienda adecuada, en orden, aseada para brindar un bienestar tranquilo a cada usuario.

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

Daña Paula, Cumplio con los arreglos que tenia en su vivienda haciendo constar asi su compromiso por el cuidado de Sarita y Angy. brindandole un bienestar adecuado. Sus adecuaciones son muy bonitas y muestra el compromiso que sostuvo durante este tiempo. Sarita y Angy se encuentran en un entorno protector.



Scanned with CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Lucy Katalina Menetes. | Paula Alejandra R. |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Katalina M. | Paula Rivera |
| CC. 1097750847 TP. 1097750847. | CC. 1082779043 |
| Celular: 3156777889 | Celular: 3123098374 |
| Correo electrónico: trabajosocialfabiola@gmail.com | Correo electrónico: paterigao4@gmail.com |

**Notas:**

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



Scanned with CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/08/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 31 - 03 - 2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Paula Rivera

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katalina Menezes.

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta: Excelente Labor

Paula Rivera

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Scanned with CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | 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:** | 31-03-2025 |
| **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 | Deteriodadas |
| Ventilador | 1 | Bueno |
| Coche | 0 | / |
| Almohadas | 2 | Regular |
| Cubrelechos | 3 | Bueno |
| Sabanas | 4 | Bueno |
| Protector de colchón | 2 | Bueno |
| Toldillo | 1 | Bueno |



Scanned with CamScanner

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Sin observaciones. |

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** _____

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Katalina M

Scanned with CamScanner

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

**LISTA DE CHEQUEO**

**VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.**

Nombre responsable unidad de servicio: Paula Alejandra Rivera

Dirección: Cra 2 # 27 - 21

| No. | Condiciones habitacionales | Cumple | No cumple |
|---|---|---|---|
| 1 | Sin goteras. | X | |
| 2 | Sin grietas. | X | |
| 3 | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos. | X | |
| 4 | Puerta seguras y con buen mantenimiento. | X | |
| 5 | Sin humedad. | X | |
| 6 | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas. | X | |
| 7 | Ventilación e iluminación natural. | X | |
| 8 | No debe haber olores fuertes o desagradables. | X | |
| 9 | Baños con adecuado sistema de agua y ventilación. | X | |
| 10 | Baños con puertas seguras. | X | |
| 11 | Sanitarios en perfecto estado. | X | |
| 12 | Espejos en perfecto estado. | X | |
| 13 | Las áreas deben estar en perfecto orden. | X | |
| 14 | No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas. | X | |
| 15 | Las escaleras no deben tener grietas. | X | |
| 16 | Las escaleras deben tener pasamanos. | X | |
| 17 | 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 | |
| 18 | Los balcones deben tener protección. | X | |
| 19 | Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscinas deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normativa vigente. | X | |
| 20 | Los cables deben estar cubiertos. | X | |
| 21 | Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera el alcance de las niñas, los niños y las adolescentes. | X | |
| 22 | El techo debe ser seguro, sin riesgos. | X | |
| 23 | Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de los niños, las niñas y los adolescentes. | X | |
| 24 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o a la humedad. | X | |
| 25 | Paredes limpias. | X | |
| 26 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 27 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | X | |
| 28 | 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 | |
| 29 | 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 | |
| 30 | Las viviendas en donde funcionan los hogares sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | X | |
| 31 | Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 32 | Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 33 | Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 34 | Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 35 | Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 36 | Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 37 | Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 38 | Espacio de estar en óptima de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección. | X | |
| 39 | Los elementos corto punzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran en un lugar seguro, fuera al alcance de los niños, niñas y adolescentes bajo llave. | X | |
| 40 | La herramienta que se utiliza para las actividades agrícolas como machetes, cuchillos grandes, o demás, se encuentran en espacio bajo seguro que no permite el alcance en los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 41 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo y responsabilidad de la madre sustituta, y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | X | |
| 42 | En la unidad de servicio no se encuentran armas de dotación (revólver o armas traumáticas) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES: Cumple con todos los item.

Sin observaciones.

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Lucy Katalina M. | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Paula Alejandra Rivera. |
| Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina M. | Firma de la persona que recibe la visita: Paula Rivera |
| C.C. 1007730847 T.P. 1007730947 | C.C 1082779043 |
| Celular: 3156777819. | Celular: 3123098324 |
| Correo electrónico: katagosaol.psicologo@gmail. | Correo electrónico: paleriga04@gmail.com |

Scanned with CamScanner

## ACTA DE UBICACIÓN EN HOGAR SUSTITUTO

**Proceso de restablecimiento de derecho del NNA:**
**Nombre:** Anderson Hermida Villanueva
**Identificado:** 1.079.392.011

El Agrado, Huila.
13 de marzo de 2025.

La Comisaria de Familia habiendo encontrado que los hechos acerca de la situación del menor **Anderson Hermida Villanueva** ponen en peligro su vida e integridad, dispuso decretar medida provisional de ubicación en la modalidad de Hogar Sustituto bajo el cuidado de la señora **Olga Lucia Triana Casas** identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.077.856.836, domiciliada en la Calle 16 # 2/63 segundo piso Reservas de Garzón, cuenta con abonado telefónico 3138486593 y correo electrónico Lucitrianacasas50@gmail.com.

Con tal finalidad, el representante de la modalidad Hogar Sustituto, bajo la responsabilidad que le obliga según las disposiciones legales y administrativas se compromete a:

1. Brindar al menor la atención y cuidados indispensables para garantizar su desarrollo integral Físico, moral afectivo, moral, emocional, social e intelectual.

2. Informar de manera permanente a la Comisaria de Familia como a los integrantes de la misma, por lo menos cada mes, acerca del estado general y la evolución del menor.

3. Poner en conocimiento en forma inmediata cualquier circunstancia que afecte la integridad del menor de edad y/o la prestación del servicio.

4. Impedir cualquier situación de inobservancia, amenaza o vulneración por su parte y/o por personas con las que el NNA se pueda relacionar en tanto permanece en el Hogar Sustituto.

5. Informar a la Comisaria de Familia o al integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario que corresponda y al operador cambio de residencia, domicilio o de dirección para obtener su aprobación.

6. Solicitar la autorización del Comisaria de Familia para la reubicación de los NNA que se encuentran en el Hogar Sustituto en caso de que la madre o padre sustituto desee realizar cambio de residencia.

7. Permitir el seguimiento y acatar las disposiciones de la Comisaria de Familia como las directrices del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, o de las personas autorizadas, en cuanto a las medidas de protección y restablecimiento de los derechos de los menores a su cargo.

8. Incentivar la participación de los niños o adolescentes a su cargo en las actividades individuales o colectivas programadas por el ICBF, entidades u organizaciones contratadas por éste.



Powered by CamScanner

contento.

Karen Lorena Alcantar
Trabajadora Social
28/02/2025

Del 24 de Febrero al 02 de Marzo de 2025

Continua asistiendo a la guarderia la lectura feliz con su profesora y sus amiguitos

El dia 26 tuvo cortal x Oftalmologia Pediatrica y lo remitio al Optometria y formulo parches para corregir el estrabismo que está tratando.

Continua asistiendo a terapia de lenguaje y ocupacional

El fin de semana estuvo muy feliz fue al parque y al saltarin que es lo que más le gusta

Del 03 al 09 de Marzo de 2025

Continua asistiendo a la guarderia y la profesora dijo que está comiendo x si solo que está aprendiendo a comer ensaladas.

Esta semana no se oiino en la guaidiía
Ha estado un poco con mocos pero nada complicado
se ha manejado con lavados nasales.
Continua asistiendo a terapias de lenguaje y capacand.
El fin de semana estuvo en casa solo le dimos crayolita
rápido evitando un regrio.

Del 10 al 16 de Marzo de 2025
Continua asistiendo a la Guaidiía es algo que disfruta
demasiado, esta semana se oiinó 1 sola vez aun conti-
nuamos en el pooño pq aun hay momentos donde se
le olvida ir al baño x cuenta propia.
Sigue yendo a las terapias de lenguaje y capacand
los dias martes y jueves.
Ha estado un poco congesticnado pero nada preocupante.
El domingo fuimos a la Tagua y disfrutamos de un
delicioso asado familiar.

Del 17 al 23 de Marzo de 2025
Continua asistiendo a la Guaidiita durante la semana

De igual forma asistió a las terapias de lenguaje y ocupacional.

El día viernes 21 tuvo examen x Optometría en la ciudad de Neiva donde ingresó con astigmatismo e hipermetropía dió formula x nuevos lentes.

Estuvo muy feliz en la ciudad de Neiva en el Centro Comercial en el caltain y piscina de pelotas.

Del 24 al 30 de Marzo de 2025

Continua asistiendo a la guardería mejorando sus buenos hábitos en la alimentación y control de esfínteres.

Asistió a las terapias de lenguaje y ocupacional

El día viernes 28 asistió a control x Pediatría y lo encontró en buenas condiciones de salud.

El sábado y domingo estuvimos en La Tagua donde estuvo muy feliz, celebrando el cumpleaños de la abuela Fanny.

03-03-2025.
Sueño: ha estado mucho mejor duerme tranquilo
Alimentación: Comiendo mejor tanto en la casa como en el jardín
Higiene: le gusta bañarse y el cepillado muy bien.
Recreación: le gusta salir a comidar con Jenifer y cosi no le gusta jugar con sus carros.
Temores: Es un niño tranquilo.
Habilidades: "

Salud: Continua con las terapias fonoaudiologia-, las terapias de ocupacional no las autorizaron por no tener terapeuta.
Convivencia: Esta semana ha estado mucho mejor. Comparte mas con los niños y bien en el jardin, Cuando llega a la casa coje algunas manias o regaño que le hacen a la otra niño..

10-03-2025

Sueños: Duerme mas tranquilo no se levanta durante la noche

Alimentacion: Se come todo verdura y frutas es de buen apetito.

Higiene: Se baña al levantarse y al acostarse.

Recreacion: le gusta los paseos y comer fuera de casa.

Temores: Le tiene miedo a los ruidos fuertes como por Ejemplo al carro de la basura.

Habilidades: Tiene habilidad para trepar, trepa a las sillas y si es posible a las mesas.

Convivencia: Continua con los terapias esta mucho mejor ya que las esta haciendo su compañia de otro niño ya lo trabaja mejor a la fonoaudiologa.

03. 2025

Sueños: Quisiera viajar tranquila
que duermo solo en una.
Ocupación:
Alimentación: Esta de muy buen
apetito se come todo lo que se le
sirve y se le da.
Higiene: Casi no se a querido
bañar en las noches y no se hace
el cepillado ha estado rebelde cuando
le toca cepillarse.
Recreación: Se entretiene con sus
juguetes y los patinetes.
Temores:

Habilidades: le gusta rezar y hacer
oración
Salud: El día 11-03-26 tuvo cita
en "Neuropsicología" ya fue valorada
por la profesional
Convivencia: En el jardín a
tenido dificultad para
adaptarse a la nueva profesora.
Ha comportado cariñoso y revelde

24-03-2025.

Sueños: Continua durmiendo bien.
Alimentacion: En el jardin esta un poco desobediente mas que en las horas de la alimentacion y en la cosa bien.
Higiene: Continua en su aseo ya se llevo a limpieza en sus dientes

Salud: El dio. 21 de marzo lo valora el otorrino y lo remitio al Neurologia pediatrica y ya lo autorizaron y la cita fue para el 29 de Abril

Convivencia: Estos dias Angel David lo he tenido que sacarlo del jardin por citas o por que el Equipo dela defensoria de la doc Natalia lo necesitaran por trabajo con-el.

Semana del 17 al 23

# GENERAL

En esta semana María Alejandra se a mostrado tranquila no a presentado ningún tipo de llanto contesta por que pudo saber algo de su familia biológica. Como bien, durmió tranquila Tiene pendiente pasar la prueba cognitivo al igual que psicología clínica, María es una niña con la cual se puede dialogar ella muestra interés en mejorar cada día y que puede pasar tiempo con su madre como en su antes sus comidas de actividad y de distracción el estudio ella sabe y comprende de que debe cambiarla y mejorar ya que pensando de su parte se puede lograr muchas cosas es inteligente y parecera estar bien siempre

Cintya Cowie A
28/03/2023

## ACTA DE UBICACIÓN HOGAR SUSTITUTO

### DEFENSORÍA TERCERA DE FAMILIA DEL I.C.B.F. C.Z. PITALITO (H)

**DEFENSORA DE FAMILIA:** CRISTINA MOLINA ARTUNDUAGA
**NNA:** CINDY CAMILA ZAPATA HURTATIS
**IDENTIFICACIÓN:** 1.083.896.671
**HISTORIA DE ATENCION:** 1.083.896.671
**SIM No.** 235105027

Pitalito Huila, 03 de marzo de 2025

La Suscrita Defensora Tercera de Familia del I.C.B.F. C.Z. Pitalito – Huila, de conformidad con el Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos a favor de la adolescente CINDY CAMILA ZAPATA HURTATIS, identificadas con la tarjeta de identicad No. 1.083.896.671, de 14 años; por disponibilidad de cupo en hogar sustituto, procede a ubicar a la adolescente en la unidad de servicio de la señora DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1061726361, domiciliada en Calle 19A N. 1A-52E barrio San Miguel municipio de La Plata, con número de celular 3137164869 correo electrónico dayanita.0512@hotmail.com. La NNA presentan la vulneración de sus derechos a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano, a una vida libre de violencias sexuales, a la integridad personal y a la educación, por una situación fáctica de *violencia física, psicológica y/o negligencia, violencia sexual y ausencia de representantes legales.*

Con tal finalidad, la Madre Sustituta, teniendo en cuenta la responsabilidad que la obliga según las disposiciones legales y reglamentarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se compromete a:

1. Brindar a la adolescente los cuidados necesarios, tener su cuidado personal de manera provisional y proteger su integridad física, emocional, mental, moral y material.
2. Informar de manera permanente a la Defenscria Tercera de Familia de Pitalito (H) como a los integrantes del Equipo Interdisciplinario, por lo menos cada mes, acerca del estado general de la adolescente.
3. Poner en conocimiento en forma inmediata cualquier situación grave que afecte la integridad de la adolescente en mención.
4. Prever cualquier situación que pueda perjudicar su integridad emocional en su relación con otras personas o evitar peligros físicos en su contra.
5. Informar a la Defensoria Tercera de Familia del I.C.B.F. C.Z. Pitalito (H) o al integrante del equipo interdisciplinario que corresponda cualquier cambio de residencia, domicilio o de dirección para obtener su aprobación.



Escaneado con Scanner App Lite

6. Solicitar la autorización previa de la Defensoría Tercera de Familia del I.C.B.F. C.Z. Pitalito (H) para ausentarse de manera temporal fuera del lugar de la residencia del Hogar Sustituto.

7. Permitir el seguimiento y acatar las disposiciones de la Defensoría de Familia o Comisaría de Familia, o de las personas autorizadas, en cuanto a las medidas de protección y restablecimiento de los derechos de la adolescente a su cargo.

8. Promover la participación de la adolescente en las actividades individuales o colectivas programadas por la Defensoría Tercera de Familia del I.C.B.F. C.Z. Pitalito (H) y por el I.C.B.F. C.Z. Pitalito - Huila, u otras entidades y organizaciones contratadas por éste.

9. Facilitar y acatar las órdenes de la Defensoría de Familia o Comisaría de Familia, para permitir las visitas de la adolescente bajo su cuidado ante su familia de origen en los lugares autorizados.

10. Atender de manera inmediata las citaciones de los integrantes de la Defensoría Tercera de Familia o Comisaría de Familia, para efectos de tener en cuenta las citas que tengan que ver con la salud de la adolescente a su cargo y cumplir con los requerimientos de los controles médicos correspondientes.

11. Preparar emocional y físicamente a la adolescente bajo su cuidado para cuando sean desvinculados del Hogar Sustituto y sean reintegrados a su familia o sean entregados en adopción.

12. Poner a disposición de la Defensoría de Familia o Comisaría de Familia de la adolescente en mención, cuando así lo ordene esta Autoridad Administrativa, entregando toda la documentación acopiada durante la permanencia en el Hogar Sustituto, junto con las pertenencias de uso personal.

13. Hacerle cumplir a la adolescente el régimen de responsabilidades y deberes que tiene en la familia, la sociedad y la institucionalidad.

14. Cumplir con las demás disposiciones estipuladas en las Directrices Administrativas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar al igual que con las normas del Código de la Infancia y de la Adolescencia en garantía del cumplimiento de los derechos de la infancia y Adolescencia.

El incumplimiento de las presentes obligaciones, de las disposiciones legales, de las recomendaciones y observaciones de la Defensoría Tercera de Familia del I.C.B.F. C.Z. Pitalito (H), dará lugar a la pérdida de la calidad de Hogar Sustituto y al cierre del mismo, sin perjuicio de las sanciones civiles o penales a que haya lugar, haciendo efectiva la entrega de las pertenencias de la adolescente a su cargo, como de la logística suministrada por la fundación FUNDAR para el funcionamiento del Hogar Sustituto.



Escaneado con Scanner App Lite

La Defensora Tercera de Familia del I.C.B.F. C.Z. Pitalito – Huila, hace entrega de la adolescente CINDY CAMILA ZAPATA HURTATIS, a la madre sustituta DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ, quien desde ahora continuará con el ejercicio de la **CUSTODIA Y CUIDADO PERSONAL** de CINDY CAMILA ZAPATA HURTATIS.

No siendo otro el objeto de la presente diligencia se lee, aprueba y firma por las partes que en ella intervinieron siendo el 03 de marzo de 2025.

**DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ**
Madre Sustituta C.C. No. 1061726361
FUNDAR Hogares Sustituto

**CRISTINA MOLINA ARTUNDUAGA**
Defensora Tercera de Familia
I.C.B.F. C.Z. Pitalito – Huila



Escaneado con Scanner App Lite

DEFENSORÍA SEGUNDA DE FAMILIA

PROCESO DE RESTABLECIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LA ADOLESCENTE **INGRID LORENA MUSE ALONSO**

H.A: 1062080825, SIM: 23441400

La Plata, 25 de marzo de 2025.

La Defensoria de Familia habiendo encontrado que los hechos denunciados acerca de la situación de la adolescente **INGRID LORENA MUSE ALONSO** de 17 años de edad, ponen en peligro su vida e integridad, dispuso decretar la MEDIDA PROVISONAL de ubicación, en medio familiar en la modalidad de Hogar Sustituto Tutor (*Previo consulta del equipo profesional del Operador)* bajo el cuidado de la señora: ubicación en medio familiar en la modalidad de Hogar Sustituto bajo la responsabilidad de la señora: **YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ** identificada con la C.C. No. 55.131.290 de La Plata Huila, mientras se falla el proceso administrativo que garantice el restablecimiento de sus derechos. Con tal finalidad, el representante de la modalidad Hogar Sustituto, bajo la responsabilidad que le obliga según las disposiciones legales y administrativas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se compromete a:

1. Brindar al niño(a) o adolescente la atención y cuidados indispensables para garantizar su desarrollo integral: Fisico, moral afectivo, moral, emocional, social e intelectual.
2. Informar de manera permanente al Defensor de Familia como a los integrantes de la Defensoria de Familia, por lo menos cada mes, acerca del estado general y la evolución del niño, niña o adolescente
3. Poner en conocimiento en forma inmediata cualquier circunstancia que afecte la integridad del menor de edad y/o la prestación del servicio.
4. Impedir cualquier situación de inobservancia, amenaza o vulneración por su parte y/o por personas con las que el NNA se pueda relacionar en tanto permanece en el Hogar Sustituto.
5. Informar al Defensor de Familia o al integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario que corresponda y al operador (*cuando esta sea operada por una ONG*) cualquier cambio de residencia, domicilio o de dirección para obtener su aprobación.
6. Solicitar la autorización del Defensor de Familia para la reubicación de los NNA que se encuentran en el Hogar Sustituto Tutor, en caso de que la madre o padre sustituto desee realizar cambio de residencia.
7. Permitir el seguimiento y acatar las disposiciones de la Defensoria de Familia como las directrices del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, o de las personas autorizadas, en cuanto a las medidas de protección y restablecimiento de los derechos de los NNA a su cargo.


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

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

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

Powered by CamScanner

8. Incentivar la participación de los niños o adolescentes a su cargo en las actividades individuales o colectivas programadas por el ICBF, entidades u organizaciones contratadas por éste.
9. Cumplir con las citaciones programadas para la realización de las visitas o encuentros de los niños, niñas y adolescentes con sus familias de origen o extensa, en el Centro Zonal, Comisaria de Familia, Inspección de Policía o en el lugar que disponga o autorice la Autoridad Administrativa.
10. Acompañar el proceso de preparación de los niños, niñas y adolescentes para el egreso de la modalidad, cuando se anuncie por parte de la Autoridad Administrativa o el equipo de la entidad contratista, la decisión de cambio de medida de restablecimiento de derechos o reintegro a su familia biológica.
11. Entregar al niño, niña o adolescente, en el momento en que la Autoridad Administrativa así lo ordene, con los respectivos documentos con los cuales fue recibido o con los que adquirió durante la permanencia en la modalidad (documentos de identificación carnés, certificados médicos entre otros)
12. La persona responsable del Hogar Sustituto deberá cumplir con las demás obligaciones establecidos en el Lineamiento Técnico de Modalidades para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, aprobado mediante Resolución 1520 de 2016, así como las disposiciones legales establecidas en el Código de Infancia y Adolescencia.

El incumplimiento de las obligaciones y de las observaciones o recomendaciones especiales consignadas en la presente acta, dará lugar a la pérdida de la calidad del Hogar Sustituto - Tutor de forma inmediata o con posterioridad a la supervisión, seguimiento y asesoría realizados, sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil a que haya lugar.

En constancia se firma la presente acta por quienes intervinieron en esta diligencia.

**ELIANA MERCEDES ALVAREZ MUÑOZ**
Defensora de Familia
Def. Segunda de Familia

**YOHAIRA ARANDIA MARTINEZ**
C.C. No. 55.131.290 de La Plata Huila
Representante del Hogar Sustituto




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

Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 27/03/2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | Discapacidad | Tutor |
|---|---|---|---|
| | X | | |

| Hogar de paso | Familiar | Casa hogar |
|---|---|---|
| | | |

Regional Ibila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundación social yo te cuido | cll 7N 2E - 03 B/ Santa clara | —o— |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Karen Yesenia A. | 1004442110 | 3138249698 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 27/02/2025 | Laura Fernández Solo | 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY

Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Fragua | Poveda | Marleny |
| | Identificación: 29491004 | | |
| Dirección: cll 7N 2E-11 | | Tel. Fijo — o — | 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 | DD/MM/AA 21/09/11 | 1083903691 | sin informacion | DD/MM/AA 29/01/25 | Comisaria de familia Barzón |
| 2 | Daniela Paira Orozco | DD/MM/AA 28/08/15 | 1077874951 | 2351095 1 | DD/MM/AA 01/02/25 | Defensoria el Pitalito |
| 3 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |
| 4 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

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



Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

A la Fecha Paulo y Daniela se encuentran con sus derechos garantizados, así mismo cuenta con buen estado nutricional a la 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 |




Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Paula y Daniela a la fecha reciben encuentros biologicos consu red de apoyo familiar, donde hasta ahora han sido positivos

## 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 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

la documentación de Paula y Daniela a la fecha se encuentra al día y con las respectivas valoraciones medicas

| 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)

Paula y Daniela a la fecha cuentan con la respectiva dotacion, asi mismo se encuentra en buenas condiciones.

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

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



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

A la fecha la madre sustituta cuenta con la documentación al día, también cuenta con los antecedentes 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 | Sin humedad pisos seguros, no resbalosos, sin | Ventilación e iluminación 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 |




Powered by CamScanner

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

Al momento de la visita se observa en buenas condiciones de orden y aseo la unidad de servicio

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

A la Fecha no se establecen compromisos, ni 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

Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Karen Lorenia Alvarez | Madeyd Burgos |
| Firma de la persona que realiza la visita | Firma de la persona que recibe la visita |
| Karen Lorenia Alvarez | Madeyd Burgos |
| CC. 1004442110 TP. 1004442110 | CC. 26491004 |
| Celular: 3135249898 | Celular: 26491004 |
| Correo electrónico: trabajosocial.garzon@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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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

**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 3 del COMPONENTE TÉCNICO. 3) Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención que cumpla con los criterios establecidos en los documentos técnicos vigentes
del ICBF

**CERTIFICA**

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, Se realizaron (3) tres Egresos en el municipio de La Plata dos (2) , municipio de Garzón (1) uno.

**En la Plata : V.Y.E – S.N.M**

**Egreso- Garzón J.C.S**

Neiva -01 de abril de 2025

Atentamente,

**YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA**
**Representante legal Fundación Social Yo Te cuido**

Elaborado y proyectado por:

Paola Marin - coordinadora

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

1 Marzo - 9 Marzo

1 alimentación: esta semana brayan se alimento muy bien le gusta todo lo que uno le dc.

2 Higiene: brayan es un niño aseado solo que aveces huele mucho a sudor

Sueño: brayan solo un dia de esta semana estuvo como incomodando en la noche se movia mucho y fuimos a mirar que era y era que se estaba tirando al piso no se a que y primero dijo que se habia caido y despues dijo que tenia calor. pero no es asi porque esa piesa antes es muy fria y ademas estaba llovendo.

Sueños metas: sueña con ser policia

apego: no tiene apego

temores:

Salud: de salud a estado muy bien

encuentro biologico: esta semana no tubo encuentro biologico

10 marzo - 16 marzo

alimento: brayan es un niño que se alimenta muy bien come de todo

Higiene: brayan es aseado lava sus calsonsillos se cepilla aveces se bana tarde

Sueño: brayan es un niño que uno siente que se mueve da demasiadas bueltas en la cama y que noche mi espos sentia que se movia algo en la pieza y desidio entrar y fue cuando encontro a brayan en el piso y primero dijo que se habia caido y despues dijo que tenia calor a lo que mi esposo le dijo que cuando nos acostabamos a dormir era a dormir.

Sueño meta - brayan quiere ser policia

apego: no tiene

temores: le tiene miedo a las cucaracha

Salud: el domingo 16 de marzo lleve a brayan a maria auxiliadora porque toco ativar la ruta porque alexis manifesto que brayan lo habia tocado en sus partes intimas. en la noche se le habia pasado para la cama.

encuentro: no tuvo encuentro biologia.

Scanned with CamScanner

17 Marzo - 23 Marzo

**alimento:** brayan come de todo se alimenta muy bien hasta pide repetir.

**Higiene:** brayan no le gusta bañar se despues de tender la cama y cepillarse.

**Sueño:** esta semana brayan esta durmiendo mas o menos siento que da muchas buel tas en la cama y me toca Preguntarle que tiene para que deje de dar buelta so sabe que tiene.

**Sueños+ metas:** brayan quiere ser policia

**apego:** no tiene

**temores:** tiene miedo a las cucaracha

**Salud:** brayan a estado bien de Salud.

**encuentro biologico:** brayan esta semana no tuvo encuentro biologico con su mama que es la que lo visita

Desde el 20 de marzo hasta el 24 del 2025.

Integración al hogar sustituto llega el menor brayan stiven rodriguez al hogar donde lo recibimos con los novedades anteriores disciplinarios y la mejor actitud para ayudarlo y continuar con la protección de sus derechos.

- como a todos los menores que llegan al hogar se le da una charla sobre las normas a seguir y luego se le habla sobre principios y valores respeto, honestidad como principio, siendo muy perceptivo, atento y sumiso
- El menor llega con el 90% de los buzos manchado sin cordones para unas zapatos negros viejos, viendo la necesidad del menor se le regalo unas tennis reebok de un valor de 150.000=

se le habla sobre el cuido de la ropapa y sus pertenencias

Alimentación tiene buen apetito y se le esta enseñando modales en la mesa

Scanned with CamScanner

por que comia como niño de 4 años se le enseñó como coger la cuchara, posicion en la silla etc.

Sueño: se acuesta a las 8:30 pm aproximadamente y el alzarribo lo hacemos a ordeno a la 7 u 8 de la mañana.

Diuresis: sale con los demas menores al parque, se le da hamburguesa/helado.

Visita biologico: se reune con la madre biologica y llega al hogar muy motivado, le cuenta a la madre los problemas que tuvo pero en lo general llega con buena actitud.

Aspectos positivos: colaborador, sociable, activo

Desde el 24 de marzo hasta el 30, 2025

Salud: en espera de neuropsicologia, Psiquiatria y Psicologia.

Sueño: descansa de forma normal.

Aseo: conserva habitos buenos pero hay que recordarle algunos.

Alimentación: tiene buen apetito.

Observaciones: se le da charlas en valores buena modales con las personas y en la mesa, se hace enfasis en el respeto a los niños o menores que el

Aspectos positivos: es activo, colaborador y tiene disposición para cumplir las tareas asignadas.

Scanned with CamScanner

de recondo.

- Recreación: Le gusta los juegos y comparte con los demás, al finalizar la Semana Ingreso una nueva niña al hogar y ha sabido comportarse, ha mejorado un poco, juega con la niña muy bien y sus hermanos.

- Apego = Al bebe

- Temores: Al acostarse ultimamente llora. y ahora que llego la nueva niña d hogar llora más

- Salud: Continúa con algunos medicamentos aunque la afectación que tenía en la boca ha mejorado Grandemente

Nos dimos cuenta que en las salidas que hacemos a Casa de familiares Kalet se ha traido juguetes en escondidas en los bolsillos. Le hablamos diciendole que estaba mal y que habia que entregarlos.

Dato: 29 de Diciembre al 4 de Enero /25

- Alimentación: Ya mejoró de las placas entonces come muy bien de todo lo que le damos.

- Higiene: Continua bañándose le gusta el agua y cepillarse. Mantiene aseado.

- Sueño: Duerme muy bien durante toda la noche y de recondo. Pero esta Semana en dos noches se ha caido de la cama y se despierta llorando. Le pregunte si soño feo y dijo q si

• Recreación: Se adapta a los juegos, le gusta jugar con sus hermanos, cuando juega con otros niños ellos ponen quejas que Kala les pega y quita los juguetes. Disfruta de la Noche de fondo lana compacta y comic mundial.

• Apego: Al bebe

• temores: Al dormir no le gustaba q le apagaran la luz, pero ya se adapto.

• Salud: Le quedan pocas cicatrices en la cara de los granos que tuvo.
En esta semana se ha orinado en la cama dos veces, y en el suelo de la habitación también se ha orinado en el sofá de la sala.

Del 5 de Enero /25 al 11 de Enero /25

• Alimentación: El come de todo, y repite y se come lo q sus hermanitos a veces dejan. Pero la estamos enseñando a comer bien, porque lo hace muy rápido no mastica los alimentos.

• Higiene: Continúa con su rutina del baño y cepillado de dientes. Mantiene limpio. Le volvió a dar mal olor en los pies, le insistimos en que se los seque bien antes de ponerse los medias y zapatos y le aplicamos un talco medicado.

• Sueño: Esta semana a la hora de dormir se paso a llorar. Le preguntamos si le dolía algo o si le paso algo y dice que no. El llora, porque escucha a Daniela hablar y quiere estar en la habitación con los niños. Esta semana no se ha orinado en la cama como lo venía haciendo.

de le ha castigado, diciendole q' se va para la habitación porque ha tenido la costumbre que cuando Daniela se entra al baño, él tambien se quiere entrar, al igual q cuando ella se va a vestir, él se le quiere entrar a la habitacio Dentra a las habitaciones sin permiso. Igual lo ha hecho en la mía, Por más q le hemos dicha y si está con seguro él empuja y forcejea.

• Recreacion: Juega y disputa, con los juegos aunque a veces pelea con sus hermanos, pero es normal.
Le gusta las salidas.

• Apego: a sus hermanos.

• Temores: Al dormir ha vuelto a llorar.

• Salud: Está bien de Salud.

Del 12 de Enero al 18 De Enero /25

• Alimentación: Esta semana le dimos embueltos de maiz y no los comió, Hoy sábado se insistió en que comiera Arcelgas, hasta q' se las comio todas Pero en general come bien de todo y repite en ocaciones. Seguimos con la enseñanzu de aprender a comer a masticar y comer despacio

• Higiene: Le gusta el baño y se deja cepillar. Aun tiene mal dor en los pies, pues no se seca bien los pies, continúa con talcos.

• Sueño= Ala hora de ir a dormir sigue llorando, toca llamarle la atencion, Se orina en el suelo a pesar que se le deja basiya para orinar, Se levanta muy temprano, empieza a prender luces, y quiere

Ingresar a la habitación de los hermanos. Se le llamó la atención y empieza a llorar duro. Igual sigue intentando entrar a las habitaciones sin permiso.

• Recreación: Le gusta jugar a pesar que hemos notado que es egoista con sus hermanos, no le gusta dejarle o prestarle algunas juguetes. Pero en general si juega y comparte con ellos.

• Apegos: Al hermanos.

• Temores: A algunos animales (cucarones, grillos, chapulines, ranas, llora al verlos.

• Salud: Goza de buena salud.

Del 19 de Enero al 25 de Enero 25

• Alimentación: Come de todo, seguimos con la enseñanza de aprender a comer, a masticar.

• Higiene: Con Kaleti hay q supervisarlo q a pesar de q es más grande y más independiente de sus hermanos, debemos vigilarlo para que se lave y se cepille bien, porque no lo hace si no estamos con él, y además no hace caso en ocasiones.

• Sueño: Esta semana ha dejado de orinarse en la cama, ni en el sofa, pero igual continua con sus pataletas a la hora de dormir, llora y se tira al piso, igual sigue intentando entrar a las habitaciones sin permiso. Se levanta muy temprano a prender luces y hacer ruido.

- Recreación: Le gusta las salidas y disfruto mucho de los juegos en el parque, y en lo casa juega y comparte, aunque pone los otros niños que lo de que él les reesa.

- Apego: A sus hermanos
- Temores: a algunos animales, a la hora de ir a dormir llora.
- Salud: Esta muy bien de salud

Laura Fernández
Psicóloga
T.P. 219284

29 de Enero /2025

" Encuentro Biológico"

Hoy dejamos los niños Martinez Anas en la fundacion a las 9:00 y a las 12:20 los recogimos:
Kalet estaba contento, animado, al llegar a casa le preguntamos como la pasó dijo que bien. Almorzó bien se comio todo como siempre.
En el transcurso de la tarde comparte y jugó y comio como es de costumbre, realizó todas las actividades q ellos siempre realizan. Se portó bien, se evidenció que Kalet, no, tuvo ninguna afectación emocional al encontrarse nuevamente con su mamá.

Del 26 de Enero al 1ro de febrero /25

Alimentación: Come muy bien de todo lo que le damos, y hasta repite.

- Higiene: Le gusta bañarse, le gusta estar

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 la 5:00 AM.

• Recreación: Es muy contento a la hora de la salidas, en la casa se divierte y entretiene con los juguetes.

Karen Garcia Al
Trabajadora Social
28-01-2025

• Apego: a sus hermanos.

Temores: A la cucarachas, cucarrones, y demás insecto al llegan a la casa.

• Salud: Goza de buena salud se le llamó la atención y estuvo un rato en su habitación porque ha dando la costumbre de subirse a las rejas de la casa, y de pronto se llega a caer, y son altas.

Del 2 de febrero /25 al 8 de febrero /25

• Alimentación: Kalet come muy bien de todo lo que le damos, le gusta comer [illegible] Le instamos en el aprendizaje de aprender a comer.

• Higiene: Continúa con su rutina de aseo y le gusta hacerlo.

• Sueño: Duerme bien toda la noche.

• Recreación: Disfruta cada momento, jugando con sus hermanos, aunque es muy brusco con ellos los hace llorar.

Apego: A sus hermanos

Temores: A daños animalitos

•Salud: Esta semana estuvo con fiebre pe
sele conbolō, y hoy en dia ēsta muy bien

Del 9 de febrero al 15 de Febrero /25

- Alimentación: Esta semana Kalet ha comido muy bien de todo lo que le dam 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: Duerme muy bien durante toda l noche. En el dia no duerme.
- Recreacion: Le gusta las salidas, es m sociable y juega y comparte con los dem aunque a veces ponen quejas de que Kalet les pega. Esta semana su profesor no ha puesto quejas de Kalet.
- Apegos: A sus hermanos, ēstā muy pendiente de ellos.
- Temores: a los insectos. que llegan a l casa.

Salud: Cuenta con buena salud, a veces al toser sale escucha con flema, tiene cita médica la proxima semana.

Del 16 de febrero/25 al 22 de febrero/25

• Alimentación: Come de todo, pero le insisto que lo haga despacio, que mastique, le gusta comer muy rápido, es el primero que siempre acaba.

• Higiene: En algunos momentos de esta semana muestra resistencia para bañarse, juega mucho a la hora del cepillado, no hace caso a las indicaciones que le damos.

• Sueño: Duerme bien toda la noche, pero se despierta muy temprano e intenta despertar a sus hermanos.

• Relaciones: Le gusta el juego pero no le gusta compartir los juguetes, se los guarda. Le gusta mucho las salidas, las disfruta mucho.

• Apego: A sus hermanos.

• Temores: A los insectos de la casa, a veces aparecen.

• Salud: Está bien de salud física, la profesora ha puesto quejas de su comportamiento en clase, no sale del salón, no hace caso, se traen cosas escondidas, y el viernes pasado se quitó la ropa y que empezara a pegarle a los compañeros y dijeron de 5º grado. Cuando hace algo mal, le tenemos que insistir mucho, se le corre pero el mismo se va y no colabora.

28 de febrero del 2025

Dejamos los Hermanitos Martinez Arias est 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 q'le decimos.
Puedo ver que Kalet no tuvo ninguna afectación emocional al encontrarse con su mamá hoy en la mañana.

Karen Pereira AP
Trabajadora Social
28-02-2025

Del 23 de febrero /25 al 1 Marzo /25

- Alimentación: Come muy bien de todo lo que l damos, continuamos con el aprendizaje de mast car bien los alimentos.
- Higiene: Le gusta mucho el baño, aunque en los últimos días lo da por llorar antes de bañarse, siempre hay algo por qué llorar.
- Sueño: Duerme muy bien toda la noche
- Recreación: Juega, comparte y disfruta con sus hermanos, aunque los hace llorar por ratos, es muy inquieto y disfruta mucho de las salidas.

• Apego: A sus hermanos

• Temores: A los insectos

Salud: Se encuentra bien de salud, por el clima ha presentado resfriado.

Esta semana ha estado muy inquieto, hace llorar mucho a sus hermanos, no hace caso, a todo se pone a llorar y hace pataletas, este viernes tuvo encuentro ecológico con su mamá y allá también se porto muy mal, esto perjudica a sus hermanitos ya que ellos repiten y hacen lo que ven de él.

Del 2 de Marzo del 25 al 8 de Marzo 25

• Alimentación: Kalet come muy bien, seguimos con la enseñanza de hábitos de comer.

• Higiene: Ultimamente es reacio al baño, pero a entrar le gusta mucho jugar con el agua.

• Sueño: Duerme bien durante toda la noche.

• Recreación: Juega y comparte lúdicas con sus hermanos aunque a veces es egoista con ellos y le esconde los juguetes. Pero en general es un niño sociable que le gustan los juegos y todo clase de diversión.

• Apego: A sus hermanos.

• Temores: A los insectos.

• Salud: Esta bien de salud, por el clima a ha llovido mucho, tuvo un poco de resfriado pero se lo hemos controlado con remedios caseros.

Ahora ya ha empezado a soltar más el habla, dice mentiras.

Del 9 de Marzo /25 al 15 de Marzo /

• Alimentación: Come bien de todo lo que damos, continuamos con aprendizaje de comer, masticar, etc.

• Higiene: Ultima/ Nora al llevarlo a bañar pero luego se calma y juega con el agua. le gusta cepillarse solo!

• Sueño: Duerme bien toda la noche, en el día no duerme.

• Recreación: Kalet le encantan las salidas juega y comparte con sus hermanos.

• Apego: A sus hermanos

• Temores: A los insectos

• Salud: El 12 de Marzo se llevó a urgencias a Kalet porque presentó tos con Hema y recetaron Acetaminofen Jarabe 150 mg/5 ml (3%) Frasco x 60 ml dar 11 cc vo cada 6 horas si fiebre T 38° C.
Ascórbico Acido 500 mg tableta chupar 1 vez al día.
Amoxicilina 250 mg/5 ml de base frasco x 60 ml (5%) suspensión oral dar cc cada 8 horas por 7 días.
Loratadina Jarabe 5 mg (0.1%) Frasco x 100 ml dar 4 cc. cada 12 horas.
El dignostico fue Infección Aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada.

le dieron incapacidad y se mantiene a la fecha con tapabocas. Aunque no han autorizado estos medicamentos le hemos suministrado remedios caseros q1 le han funcionado muy bien.

Del 16 de Marzo al 22 de Marzo /25

• Alimentación: Come bien de todo.

• Higiene: A la hora del baño ha mejorado un poco en no llorar.

• Sueño: Continúa durmiendo muy bien.

• Recreación: Le gusta los juegos, y las salidas comparte con sus hermanos y demás niños. Los 3 hermanos sobre todo los dos niños son de dañar los juguetes no de cuidarlos, se le da un juguete y hasta que no lo dañan no lo dejan.

• Apego: A sus hermanos

• temores: A los insectos

• Salud: Está bien de salud, se mejoró del cuadro q1 presentó de ronpa.

"28 de Marzo de /25 Encuentro Biológico".

Dejamos los Hermanitos Martinez en la fundación para su encuentro Biológico Virtual.

Al recibirlos podemos observar en Kalet que: Está tranquilo nos recibe bien normal, lo notamos contento alegre acata las órdenes que le indicamos. En el transcurso del día, sigue normal como es el, con todas sus características que adopta Kalet, de no

hacer caso y comportarse grosero, Pero esto como es él, en el diario vivir. Notamos que no tuvo ninguna alteración emocional en ver nerva/ a su mamá.

Del 23 de Marzo /25 al 29 de Marzo

- Alimentación: Come bien de todo lo que le proporcionamos
- Higiene: Esta semana ha vuelto a llorar a hora del baño, se mete cosas a la boca. chanclas, trapos sucios, lugueles etc.
- Sueño: Duerme bien toda la noche no duerme en el día.
- Recreación: Juega y comparte con sus hermanos disfruta de c/sesión.
- Apego: A sus hermanos.
- Temores: A los Insectos.
- Salud: Estaba bien pero hoy le salieron granos al rededor de la boca, lo mismo que tuvo en Diciembre. por meterse cosas sucias a la boca.
Esta semana volvió a reincidir en hsculcal los bolsos y sacar monedas y escon- derlas. Se come sin permiso lo que el quiera, se salió la ventana de la cocina, amanecer, aún cuando se le había dejado y enseñado lo que debía hacer si quiere Omnia Tambien ya es muy reiterada las mentiras que dice. Le echa la culpa a sus hermanos y nos hemos dado cuenta que es él, quien h las cosas, y los acusa a ellos, o en escondidas se come la comida de sus hermanos.

La profesora también ya ha manifestado la actitud y comportamiento de Kelet.

DD MM AA

fortalezas Es una niña responsable tiene amor por el estudio,

Laura Fernández S.
Psicóloga

Laura Fernández S.
Psicóloga
T.P. 219284

1 Marzo al 19

Salud: La niña Leydy a gozado de buena salud, asistió en días pasado a odontología donde indico la odontologa, que debia ir el año. el día 11 de marzo asistio a medicina general. ya que la citología le salio con un alteracion, la medica le indico que era normal le envio 2 medicamentos.

Higiene: Es una niña muy aseada y ordenada.
Estudio: se encuentra muy feliz por que el proximo 14 de marzo ingresa al sena a realizar curso de excel; cuando llego dijo que no entendio en casa lee, y repasa ciertos temas. pero vive muy triste por no estar en la universidad, se le explica que si Dios lo permite el proximo semestre lo hace.

Powered by CamScanner

Sueno: ingresar a la universidad y ser una prestigiosa psicologa.
Temor: No ingresar a la universidad y no poder cumplir sus metas.

Comportamiento, su comportamiento es bueno siempre y cuando las otras ninas que llegan al hogar se agradables para ella.
Ella es una nina que aparenta una edad pero tiene mal vocabulario cuando esta con las otras niñas, esto lo e notado desde que llego, aunque a mejorado notablemente.

Fortalezas, responsable con su estudio en ejercicios. actividades
con sus objetos personales.

12 de marzo al 27 - 2025.

Salud, la adolescente Yuhana a gozado de buena salud.

Higiene: Es una nina muy aseada, y ordenado con sus objetos personales, habitacian.

Powered by CamScanner

ESTUDIO. El día 20, 24 de marzo asiste a clase al semi de nuevo, y al llegar siempre llega molesta dice que no entiende nada; se le pide que debe tomar apuntes y no lo hace, se le explica la importancia que es preguntar al profesor, cualquier duda y aun mas tomar apuntes para poder llegar a casa repasar lo visto en clase. e notado que es muy poco lo que repasa en casa, le gusta mirar otras cosas, cuando se le deja el computador para estudiar.

siempre me pregunta que si ella ingresara a la universidad ya que ella quiere estudiar psicología.

temor: no ingresar a la universidad el proximo semestre.

Sueño: estudiar psicología

Comportamiento, se molesta cuando se le dice que estudie y repase los temas vistos en el semi, i le explico que es

DD MM AA

por el bien de ella ya que al llegar a la universidad que es su sueño, va a necesitar enviar trabajos desde su computador, el dia 20 de marzo me dirigio al ICB a educar en conocimiento este tipo de actitudes que se estan presentando el desinteres al tomar las clases de excel.
muy oportunamente el equipo de la defensoria vino el dia 21 de marzo a dialogar con ella y concientizarla de la importancia de aprender a manejar programas como lo es el excel.

Alimentacion: la niña yolma consume todo clase de alimentos, como bastante

Trabajadora ...
T.P. 1004442110

Powered by CamScanner

2/Marz/25.

Es un niño juicioso, educado Colabora con los oficios de la Casa duerme bien, come bien, es un niño muy servicial es responsable con sus cosas y estudio va muy bien academicamente es organizado a estado muy bien de salud mantiene de buen humor. es Feliz Cuando Tiene visita Biológica con la mamá y hermanos.

9/Marz/25.

El niño Veterson a estado muy bien de Salud, Come bien, duerme bien, Colabora Con los oficios de la Casa.

es muy Servicial, amable es responsable Con sus Cosa va muy bien en el estudio hace tareas y trabajos que le dejan en el Colegio Mantiene de muy buen humor

16/Marz/25

yeferson es un niño muy servicial, Responsable, amable Cumple con las oficios que se le asigna, Cumple Con sus tareas y trabajos del colegio duerme bien, Come bien

esta muy bien de salud
Mantiene de muy buen
humor juega ve T.V Con
Su hermana hace tareas y
trabajos que le dejan en el
Colegio

23/ marz/ 25

Es un niño muy alegre
le gusta leer, jugar Con su
hermana es muy juiciosa Con
Sus cosas Personales y Con
las tareas que le dejan del
Colegio y demas trabajos

Powered by CamScanner

Cumple Con los labores que se le asignan en la Casa. es educado, amable y Respetuoso. Come bien, duerme bien, esta muy bien de Salud.

31/ marz/25.

Hoy yerFerson se levanto Con muy buen humor. es un niño muy juiciozo, responsable Con su ropa y su Higiene Cumple Con los oTraos que se le asigna

en el hogar a estado Me
bien de salud, Come y
duerme muy bien.
ya Finalizo el tratamiento
de ortodoncia ya quedo
al día Con su boca en
buen estado se realizaron
Calzas, limpieza, también le
retiraron manchas y el
sarro que tenia en sus
Dientes. y Iniciaron actividad
recreativa están en atletismo
ya llevan 2 semanas estan
contentos Con los ejercicios que
le colocan en cada clase.

Karen U.
Trabajadora

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

**Fecha de visita:** 18/03/2025

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

| Hogar de paso | Familiar | Casa hogar |
|---|---|---|
| | | |

Regional Huila Centro Zonal La Plata

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | CALLE 13 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 |
|---|---|---|
| 17/03/2025 | Katerine Rodriguez | ICBF. |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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


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

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

Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | VALENCIA | LOSADA | ANA MILENA |
| | Identificación: 29122846 | | |
| Dirección: carrera 10E No 11-03 | | Tel. Fijo: No tiene | Celular: 3132626213 |
| Barrio: VILLA DEL CAMBIS | | Correo electrónico: Amvalencial@hotmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | LEIDY JOHANA MENSA MOPAN | 1/08/2012 | T.I 1145827589 | 23437299 | 18/01/2023 | DEFENSORIA PRIMERA/ALONSO MARTINEZ |
| 2 | FRANKLIN SMITH BORJA | 09-10-2024 | RC 1145833595 | 23438640 | 01/03/2024 | DEFENSORÍA PRIMERA ALONSO MARTINEZ |
| 3 | KELLY JOHANA FERNANDEZ PENA | 9/07/2014 | T.I 1080265163 | 23437905 | 24/01/2025 | COMISARIA LA ARGENTINA/ALEXIS PATIÑO |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

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




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

Powered by CamScanner

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Lady: cuenta con atenciones en salud al día, odontología, tratamiento terminado, tiene higiene oral para el 28 de




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

Powered by CamScanner

Febrero, control del juen para agosto de 2015, Psicologia control tres meses control proximo para mayo, Pediatria Control en junio, Pediatria control en junio, tercepros especialistas clases ele alta, vinculada a la institucion educativa sin soportan grado septimo, Participa en extracurricular actualmente los dias juenes en la casa de la cultura.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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




Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Franklin: atenciones en salud al día, gastroenterología al día oftalmología y cirugía pediátrica para el 25 de abril, Neurología para el 11 de junio, Nutrición EPS para el 18 de abril, control con endocrino en mayo, Neumología programada para el 9 de abril, Pediatría para mayo, fisioterapia control en abril, cuarta y tercera fisura en fibroester al día, Recibe Ayuda de sus progenitores todos mierales. Kelly: tiene atenciones en salud al día, actualmente con tratamiento de atenciones en salud en el municipio de Ipiales, Pendiente cita endocrinología

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

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



Powered by CamScanner

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

**Observaciones:**

Cada uno de los niños cuentan con su carpeta organizada, con los documentos que cada uno de los niños requieren según necesidad.

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

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

Cada uno de los niños cuentan con su dotación al día y bien etiquetados franklin no recibe dotación debido que por su edad no esta escolarizado.




Powered by CamScanner

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

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

**Observaciones:**

Documentación al día y actualizada según requerimientos.


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

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

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

Powered by CamScanner

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

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

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

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

Unidad de servicio en excelente orden y aseo.




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

Powered by CamScanner

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

Sin hallazgos.

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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



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

Powered by CamScanner

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita<br><br>SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita<br><br>ANA MILENA VALENCIA LOSADA |
|---|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita<br><br>Shirley Gonzalez | | Firma de la persona que recibe la visita<br><br>Ana Milena |
| CC. 1081397052 | T.P 172058 | CC. 29.122.846 |
| Celular: 3147988239 | | Celular: 3132626213 |
| Correo electrónico:<br>HSPSICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM | | Correo electrónico: amvalencial@hotmail.com |

**Notas:**

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


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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Leidy cuenta con dotacion del dia y buen uso. |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Leidy Johanna Gelis

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :**

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Shirley Contalet



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Franklin cuenta con 10 dotación del día y buen aseo. |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** No Firma

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :**

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:**



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Kelly cuenta con todo el aseo y buen uso |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: KELLY Ibeana Fernandez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Jinnelly

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez



Powered by CamScanner

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

**CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO**

| FECHA DE LA VISITA | 18/03/2025. | 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? | / | / | |

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
Cuando se entregue el alimento continuar con el adecuado uso.

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| | Shirley Gonzalez |



Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN 1 FSYTC-0088- 01/06/2022<br>FECHA DE APROBACIÓN 01/06/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 18/03/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Ana Milena Valencia

CENTRO ZONAL: La Ceiba

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gonzalez

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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:** 105 H 11-03

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

Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad. | X | |
| 26 | Paredes limpias. | X | |
| 27 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |
| 28 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | X | |
| 29 | En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización. | X | |
| 30 | La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados. | X | |
| 31 | Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | 1 | |
| 32 | Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 33 | Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 34 | Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 35 | Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 36 | Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 37 | Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 38 | Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 39 | Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 40 | Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave. | 1 | |
| 41 | La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 42 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | X | |
| 43 | En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas ) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES

La unidad de servicio cumple con acuerdo de las condiciones locativas.

Powered by CamScanner

Desde el 09 de marzo hasta el 23 del 2025

Sueño: descansa normal, en las tardes duerme también cuando lo desea.

Aseo: se le hace acompañamiento para que se bañe bien la cabeza y el cuerpo.

Alimentación: tiene buen apetito y sale continua haciendo el acompañamiento para comer por su presunto déficit de atención.

Visita biología: tuvo visita biológica de la madre, llego al hogar normal sin estados emocionales alterados, normal.

Observación: en las veces que se ha encontrado con la hermana menor en los seguimientos psicológicos, según la madre manifiesta la hermana de muestra apatía hacia sofía para dar un saludo, reacción como una manera a defensiva de sofía que tiene la voluntad de expresarle cariño con un saludo la otra menor se muestra reacia a la

Interacción

Comedor: Sale algunas con los otros menores del hogar comen helado y hortalizas

aspectos positivos: muy sociable, activa, y colaboradora.

Desde el 23 de marzo hasta el 30 2025

Alimentación: Conserva buen apetito pero continua con la dieta y acompañamiento para que pueda comer todo lo que le sirven.

Estudio: de igual manera continua con su evolución académica de acuerdo a su capacidad de asimilación

Salud: continua con los seguimientos Psicologicos, terapia ocupacional, neuropsicología, y lenguaje y odontología.

ASEO: todavía necesita acompañamiento u orientación para que se bañe bien, pero se mantiene con buena presentación durante todo el día.

Scanned with CamScanner

Aspectos positivos: es colaboradora, atenta y mantiene buena disposición para las tareas asignadas

Scribe 20 - 30 de Diciembre 2024

Alimentación: Oscar Daniel ha tenido buen apetito aprovechando la época navideña se come de todo.

higiene personal: Esta época la presentación es buena. lo mismo el aseo personal.

Deporte: continua practicando su deporte saca sus ratos libres para practicar el deporte.

Temor: ningún temor

Comportamiento: Regular

meta: ser un soldado profesional

Salud: ha estado bien de salud sin ninguna novedad hasta el momento.

10 - enero: 25 hoy llega a nuestra hogar el adolescente Daniel, el llego muy tranquilo, hablando un poco y contento, la madre sustituta, le Indico cual seria su habitación el organizo sus cosas.

12- enero -25 El adolescente Daniel ha estado muy tranquilo, es muy cooperador, es tranquilo, organizado, respetuoso, come de todo, duerme bien

MARZO 19 / 2025

El dia 19 de marzo en horas de la tarde la comisaria del municipio de Garzon y la policia de infancia y adolescencia llevaron a mi hogar sustituto al niño oscar daniel sanchez de 13 años ya que se encontraba en el hogar de paso.

Le presente los miembros del hogar sustituto la habitación y le dije que iba a compartir habitación con cordero felipe ellos ya se conocian, le di unos cosas de aseo.

El dia 20 de marzo pasamos a la fundación a recoger la ropa y carpeta

de daniel a la fundación ya que el co-
tab. el V el programa desde el año pasado
y Daniel se evadio del hogar sin todo lo
anterior.

MARZO 20 - 31 | 2025

SALUD: Daniel se encuentra muy bien de
salud, ya la nueva eps me le hizo el
traslado, le prestan los servicios en la
Ese mas actualizadora.

HIGIENE: Es muy responsable con su aseo
personal. y su presentación personal.

ALIMENTACION: Consume todo clase de
alimentos hasta el momento no rechaza
ningun alimento.

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

**Fecha de visita:** 31/09/2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | Discapacidad | Tutor |
|---|---|---|---|
| | X | X | |

| Hogar de paso | Familiar | Casa hogar |
|---|---|---|
| | | |

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundación social yo te cuido | cll 9N 2E - 03 B/ Santa clara | - o - |

**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 |
|---|---|---|
| 28/02/2025 | Karen Yesenia 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Fragua | Poveda | Ana Milena |
| | Identificación: 55057466 | | |
| Dirección: Cll 3N 1C-21 | | Tel. Fijo | Celular 3213569805 |
| Barrio: El Bosque | Correo electrónico: 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 | DD/MM/AA 04/03/10 | T.I 1117234933 | 2333 0129 | DD/MM/AA 11/05/18 | Defensoría de familia 2 de Garzón |
| 2 | Frank Stiven Narvaez Rodriguez | DD/MM/AA 27/11/09 | T.I 1118370626 | 2335 1063 | DD/MM/AA 25/07/24 | comisaría de familia del Pital |
| 3 | Yeimi Valenzuela Aguilar | DD/MM/AA 23/02/10 | T.I 1097862717 | sin información | DD/MM/AA 22/11/24 | comisaría de familia Tarqui |
| 4 | Yeferson Valenzuela Aguilar | DD/MM/AA 31/01/12 | T.I 1081516094 | Sin Información | DD/MM/AA 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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

A la fecha Victor Manuel se encuentra Internado en la clínica Sanamos en el municipio de Rivera Huila, debido a adopción de ruta por Salud mental desde el día 16/01/2025.

## 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 |




Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Victor no cuenta con encuentros biograficos que se encuentra en adoptabilidad, por su parte Franck a la fecha no se han autorizado red familiar o vincular o extensa para el proceso y los hermanos Valentina se han adaptado de forma positiva a la unidad.

## 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 | | | |




Powered by CamScanner

**Observaciones:**
la documentacion y las gestiones se encuentran al dia.

| 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)
Debido a que Victor se encuentra en la guarderia, aun no se ha entregado dotacion escolar.

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

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


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

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

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

Powered by CamScanner

**Observaciones:**

Se evidencia disposición y receptividad por parte de la madre sustituta para recibir la visita. Los usuarios a la fecha se encuentran a gusto en la unidad, donde comparteron sus experiencias de forma abierta. evidenciando gran adaptación con un ajuste positivo.

**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 resbalosos, 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 |




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

Powered by CamScanner

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

la unidad de servicio se encuentra ordenada y en optimas condiciones de higiene.

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

. Continuar realizando el seguimiento y acompañamiento al proceso de Oscar con el fin de conocer su estado de forma oportuna.


CLASIFICADO

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

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

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

Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Laura Fernandez Soto | Ana Hilena Fragua. |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Laura Fernandez Soto | Ana Hilena Fragua. |
| CC. 1077873281 TP. 219284 | CC. 55057466 |
| Celular: 3222386509. | Celular: 3213564805 |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

**Notas:**

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




Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 28/03/2025

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

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundación social yo te cuido | Cll 9N 2E - 03 B/ Santa clara | — 9 — |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Karen Alvarez | 1004442110 | 3138249598 |

**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 |
|---|---|---|
| 28/02/2025 | Karen Alvarez C. | 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Rojas | Cumbe | Clara Ines |
| | Identificación: 55058747 | | |
| Dirección: Cra 1 BN 3-25 | | Tel. Fijo — o — | Celular 3214283301 |
| Barrio: Los Palmos | | Correo electrónico: rojasclaraines91@gmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Maria Fernanda Gomez Ortego | DD/MM/AA 10/05/10 | 1088896084 | 2359 7251 | DD/MM/AA 22/09/23 | Defensoria de familia Pitalito |
| 2 | Luz Angela Sierra Villani | DD/MM/AA 11/02/17 | 1061544811 | 2351 03542 | DD/MM/AA 18/04/24 | Comisaria de familia Acevedo |
| 3 | Sharol Nikol Hamian Villani | DD/MM/AA 16/11/12 | 1059479800 | 2335 1072 | DD/MM/AA 18/04/24 | Comisaria de familia Acevedo |
| 4 | Liam Santiago Hamian Villani | DD/MM/AA 15/07/24 | 1079889692 | 2351 03540 | DD/MM/AA 15/07/24 | comisaria de familia acevedo |

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




Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Cam Santiago por su edad y etapa de desarrollo de 8 meses no se encuentra escolarizado, ni se realiza seguimiento al mismo. y de igual forma con el 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 X No | Si No X | Si No | Si No | Si No |
| Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo. | Si X No | Si X No | Si X No | Si X No | Si No |
| Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. | Si X No | Si X No | Si X No | Si X No | Si No |
| Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones. | Si X No | Si X No | Si X No | Si X No | Si No |
| Realiza prácticas de autoprotección. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |




Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Los usuarios a la fecha no cuentan con autorización para la realización de los encuentros biológicos y María Fernanda no cuenta con estos ya que se encuentra en proceso de adoptabilidad. Dan por su parte no practica autocuidado y protección por sus edad pero estas las suple la progenitora y madre sustituta.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

| DOCUMENTACIÓN | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Carpeta legajada | X | | X | | X | | X | | | |
| 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 | | | |




Powered by CamScanner

**Observaciones:**
La documentación se encuentra al día Según las gestiones que la madre sustituta ha realizado a la fecha con 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)
La dotación se encuentra al día y en buenas condiciones de uso por los usuarios.

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

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



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

Se evidencia disposicion de la madre sustituta para recibir la atencion. Se evidencia a los usuarios se sienten a gusto con los cuidados y estadia en la unidad de servicios.

**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 resbalosos, sin | Ventilación e iluminación 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 |




Powered by CamScanner

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

las condiciones de la unidad de servicio son adecuadas y optimas.

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

A la fecha no se encuentran compromisos a establecer.



Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|---|
| Karen Yesenia Alvarez | | Edna Luz Rojas L. |
| Firma de la persona que realiza la visita | | Firma de la persona que recibe la visita |
| Karen Yesenia Alvarez | | Edna Luz Rojas L. |
| CC. 1004442110 | TP. 1004442110 | CC. 55058747 |
| Celular: 3138249598 | | Celular: |
| Correo electrónico: Trabajosocial.garzon@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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 31/03/2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | Discapacidad | Tutor |
|---|---|---|---|
| | X | X | |

| Hogar de paso | Familiar | Casa hogar |
|---|---|---|
| | | |

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundación social yo te cuido | Cll 7N 2E-03 B/ santa clara | — o — |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | cc. | Celular |
|---|---|---|
| Laura Fernández | 1077873295 | 3222386509 |

**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 |
|---|---|---|
| 28/02/2025 | 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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Fernández | Cediel | Fanny |
| | Identificación: 26491920 | | |
| Dirección: Cll 2 sur N9-03 | | Tel. Fijo — o — | Celular 3202293391 |
| Barrio: Los Olivos | | Correo electrónico: cedielfernandez@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 | Nicolas Rodriguez Hamzona | 03/08/21 | R.C 1077882338 | 17627 09488 | 01/04/22 | Defensoria de Garzón Huila |
| 2 | Maria Yulisa Cantre Rojas | 01/09/16 | 10821166108 | 2335 1434 | 29/01/25 | Comisaria de familia Pital |
| 3 | Jenit Dayana Campos Cuellar | 19/12/11 | 1082158169 | | 14/02/25 | comisaria de familia Pital |
| 4 | | | | | | |

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



Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Se evidencia en la visita que los usuarios se encuentran en buenas condiciones. Por otro lado Janet Dayana aun no cuenta con portabilidad en punto de atención en salud. Se están realizando las gestiones por la autoridad y guía.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Se evidencia el compromiso por parte de la madre sustituta para las diferentes gestiones en salud y demás de cada una de las usuarios. las cuales a su vez se encuentran a gusto en la unidad de servicios.

## 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 | | | | | |




Powered by CamScanner

**Observaciones:**
No se ha podido vincular a Janet a los atendones de salud. Nicolas no cuenta con beneficios escolares ya que se encuentra vinculado a la modalidad de primera infancia (CDI).

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

**Observaciones** (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)
La dotación se encuentra al día y en buen estado de uso por cada uno de los usuarios.

| 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.



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



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

La documentación de la madre sustituta se encuentra al día. Por otro lado la visitadora recibe la madre sustituta con buena disposición para la misma. Se evidencia buena interacción entre las usuarias y con los miembros de la familia de la unidad de servicios.

**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 resbalosos, 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 |




Powered by CamScanner

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

la unidad cuenta con las condiciones habitacionales adecuadas para la prestacion del servicio.

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

Coordinar con las gestoras en Salud de los asociados y una vez Sanit Dagana tenga la portabilidad cuenta de atencion en Salud en el municipio de Fuente, asista por psicologia y demas que hagan lugar frente al proceso.




Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Laura Fernández Soto | Fanny C. del C. de F |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Laura Fernández Soto | Fanny C. del C. de F |
| CC. 1097873297 TP. 219284 | CC. 26491920 |
| Celular: 3222386509 | Celular: 3202293391 |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

**Notas:**

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


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

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

Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 30/09/2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | X | Discapacidad | | Tutor | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Hogar de paso | Familiar | | Casa hogar | |
|---|---|---|---|---|

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion social yo te cuido | Cll 7N. 2E - 03 B/ Santa Clara | — o — |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Laura Fernandez | 1077873295 | 3222386509 |

**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 |
|---|---|---|
| 28/02/2025 | Laura Fernandez Soto | Fundacion social yo te cuido. |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Cruz | Valenzuela | Mireya |
| | Identificación: | | |

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


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

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

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

Powered by CamScanner

| Dirección: Vereda Claros | Tel. Fijo | Celular 3122048410 |
|---|---|---|
| Barrio: Vereda Claros | Correo electrónico: marce.4?n9580@hotmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. Identificación | No. SIM | Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | - |
| 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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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



Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

A la fecha la madre sustituta no tiene usuarios asignados a la unidad. Se esta a la espera de la entrega de una usuaria proveniente de la comisaria de el Agrado Huila.

## 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 |




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

Powered by CamScanner

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Realiza prácticas de 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:**

## 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 | | | | | | | | | | |




Powered by CamScanner

**Observaciones:**

| 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)**

| 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.



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

la documentacion de la madre sustituta se encuentra al dia. Es de mencionar que recibe la visita con buena disposicion donde se evidencia una unidad adecuada para la prestacion del servicio. con espacios adecuados para el mismo

**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 resbalosos, sin | Ventilación e iluminación 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 |




Powered by CamScanner

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

Cuenta con los espacios habitacionales y condiciones optimas de higiene y orden.

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

Una vez se le asignen curacias a la unidad debe realizar las acciones pertinentes para la garantia de sus derechos de forma oportuna.


Antes 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

CLASIFICADO

Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Laura Fernanda Soto | Mireya Cruz |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Laura Fernanda Soto | Alexis Cruz |
| CC. 1077873295 TP. 219284 | CC. 52 095 117 |
| Celular: 3222386509 | Celular: 312 2048410 |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: tamytrue-x887@gmail.co |

**Notas:**

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




Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 31/03/2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | X | Discapacidad | | Tutor | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Hogar de paso | Familiar | | Casa hogar | |
|---|---|---|---|---|

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundacion social Yo te cuido | Cll 7N. 2E-03 B/Santa Clara | — o — |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Karen Alvarez | 1004442110 | 3138295598 |

**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 |
|---|---|---|
| 28/02/2025 | Laura Fernández S. | 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 dia sábado.


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

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

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

Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Tirana | Casas | Olga Lucia |
| | Identificación: 1077356336 | | |
| Dirección: Cll 6. N. 2-63 | | Tel. Fijo — o — | Celular 3138486593 |
| Barrio: Reservas de Corzón | | Correo electrónico: luciatiranacasas@gmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | Nº. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cataleya Cooper Montoya | DD/MM/AA 11/11/2023 | 1077833434 | 2335 0943 | DD/MM/AA 05/07/24 | Comisaria de familia descuaza |
| 2 | Alvaro Hernida Villanueva | DD/MM/AA 27/10/16 | 1079391642 | sin informacion | DD/MM/AA 13/03/25 | Comisaria de familia el Agrado H |
| 3 | Anderson Hernida Villanueva | DD/MM/AA 02/09/18 | 1079932011 | Sin Informacion | DD/MM/AA 13/03/25 | Comisaria de familia del Agrado(H) |
| 4 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

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



Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Catalina por su edad no se encuentra vinculada al sistema educativo, por tal razón no se realiza seguimiento escolar ni a 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 X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Realiza prácticas de autoprotección. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |




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

Powered by CamScanner

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Realiza prácticas de 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:**

por la edad y Etapa de desarrollo de Catalina ella no realiza practicas de autocuidado y protección, sin embargo estas las ejerce la madre sustituta en favor de ella.

## 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 | | X | | X | | X | | | | |
| Registro de Experiencias –con fecha de último registro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |




Powered by CamScanner

**Observaciones:**
A la fecha se cuenta con los garantia en los gestiones de sus derechos por cada uno de los usuarios realizados por la madre sustituta.

| 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)
A la fecha los hermanos Hernández no cuentan con la dotación personal ni escolar. La niña por su edad y etapa de desarrollo no cuenta con la dotación escolar.

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



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

Powered by CamScanner

**Observaciones:**

La documentacion de la madre sustituta se encuentra al dia. Por otro lado, recibe la visita de forma receptiva y con disposicion. Los usuarios presentes manifiestan sentirse agusto en la vivienda ya que cuenta con los servicios. donde se relacionan de forma adecuada y se desarrollan en los contextos de forma adecuada.

**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 resbalosos, 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 |
| Lavanderia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Dormitorios | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Baños | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Espacio de estar | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |




Powered by CamScanner

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

las condiciones locativas son adecuadas para la prestación del servicio.

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

No se establecieron compromisos a ley Fecha.


CLASIFICADO

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

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

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

Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoria)

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Karen Yasenia Alvarez | |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Karen Yasenia Alvarez | |
| CC. 1004442110 TP. 1004442110 | CC. 4044856826 |
| Celular: 313 8249798 | Celular: 3138486593 |
| Correo electrónico: trabajo.social.garzon@gmail. | Correo electrónico: |

**Notas:**

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



Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 30/03/2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | Discapacidad | Tutor |
|---|---|---|---|
| | X | X | |

| Hogar de paso | Familiar | Casa hogar |
|---|---|---|
| | | |

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundación social yo te cuido | cll 7N 2E-03 B/ Santa clara | — o — |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Karen Yesenia 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 |
|---|---|---|
| DD/MM/AAAA<br>28/02/2025 | Karen Yesenia 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.




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

Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Guevara | Garces | Stefanny |
| | Identificación: 1077862610 | | |
| Dirección: A Cra 12 | | Tel. Fijo — o — | Celular 3228122465 |
| Barrio: Villa Carol | | Correo electrónico: stefannyguevara@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 | Alexis Cardona calderon | DD/MM/AA 23/02/09 | 1117234432 | 2367 7141 | DD/MM/AA 16/01/25 | Defensoria 2 de familia Bolivar |
| 2 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |
| 3 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |
| 4 | | DD/MM/AA | | | DD/MM/AA | |

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


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

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

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

Powered by CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | DD/MM/AA |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

A la Fecha Alexis Cordova Calderon cuenta son sus derechos garantizados, así mismo cuenta con un optimo estado de salud.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



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

Powered by CamScanner

| | 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:**

Alexis no cuenta con encuentros biológicos en razón a 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 | X | | | | | | | | | |
| Acta de colocación | X | | | | | | | | | |
| Valoración/Seguimiento Trabajo Social | X | | | | | | | | | |
| Valoración/Seguimiento Psicológica | X | | | | | | | | | |
| Valoración/Seguimiento Nutricional | X | | | | | | | | | |
| Valoración Médica | X | | | | | | | | | |
| Fórmulas Médicas | X | | | | | | | | | |
| Carné de Salud | X | | | | | | | | | |
| Citas Médicas | X | | | | | | | | | |
| Registro Civil | X | | | | | | | | | |
| Documento de Identidad | X | | | | | | | | | |
| Boletines Escolares – del periodo actual cursado | | X | | | | | | | | |
| Registro de Experiencias –con fecha de último registro | X | | | | | | | | | |




Powered by CamScanner

**Observaciones:**

Alexis no cuenta con el boletín de notas del año en curso en razón a que aun no se finaliza el primer periodo academico

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

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

A la fecha el adolescente cuenta con la debida dotación completa, asi mismo en buenas 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 | | | |
| Carpeta de visitas al Hogar | X | | |

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




Powered by CamScanner

**Observaciones:**

la señora Stefany se encuentra terminando el curso de primeros auxilios en cuanto a la demás documentación se encuentra 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 | Sin humedad pisos seguros, no resbalosos, sin | Ventilación o iluminación 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 |




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

Powered by CamScanner

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

En cuanto a las condiciones de aseo e higiene al momento de la visita se encuentran en perfecto estado

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

• Se le recomienda a la madre Sustituta la instalación de la reja de las escaleras.


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

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

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

Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- X Condiciones satisfactorias
- ___ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ___ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ___ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de RoI.

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Karen Yesenia Alvarez | Stefanny Guevara. |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Karen Yesenia Alvarez | Stefanny Guevara. |
| CC. 1004442110 TP. 1004442110 | CC. 1237867679 |
| Celular: 3138249598 | Celular: 3228122465 |
| Correo electrónico: trabajosocial.gcr2one@gmail.com | Correo electrónico: |

**Notas:**

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



Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 28/03/2025

| Hogar Sustituto | Vulneración | Discapacidad | Tutor |
|---|---|---|---|
| | X | | |

| Hogar de paso | Familiar | Casa hogar |
|---|---|---|
| | | |

Regional Huila Centro Zonal Garzón

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| Fundación social yo te cuido | Cll 7N 2E-03 B/santa clara | — o — |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| Laura Fernández S. | 1077873295 | 3222386509 |

**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 |
|---|---|---|
| 28/02/2025 | 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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | Sierra | Rojas | Yenny Marcela |
| | Identificación: | | |
| Dirección: Cll 2Sur N 18A 1B | | Tel. Fijo — o — | Celular 3202625525 |
| Barrio: 5 de Noviembre | | Correo electrónico: yennysierra1309@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 | Yosers Andres Martinez Arias | DDMMAA 20/11/22 | R.C 1076519342 | 2321 22454 | DDMMAA 01/11/24 | Defensoria de familia Neiva |
| 2 | Valery Jhulieta Martinez Arias | DDMMAA 26/05/21 | R.C 1076518308 | 23212 2451 | DDMMAA 01/11/24 | Defensoria de familia Neiva |
| 3 | Keyleth Kalet Martinez Arias | DDMMAA 11/02/19 | R.C 1075324943 | 23212 2453 | DDMMAA 01/11/24 | Defensoria de familia Neiva. |
| 4 | | DDMMAA | | | DDMMAA | |

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



Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | DD/MM/AA | | DD/MM/AA | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

Yosers y Valery aún no se encuentro realizando acciones para su proyecto de vida, esto en debido a su 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 |




Powered by CamScanner

| | 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 niños Yorsers y Valery no practican autocuidado, autoprotección por su etapa de desarrollo más sin embargo la madre sustituta las realiza en pro a su bienestar.

## 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 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |




Powered by CamScanner

**Observaciones:**

las carpetas de los usuarios se encuentran con la documentación pertinente y debidamente ordenado

| 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 tres usuarios a la Fecha cuentan con la dotacion completa, asi mismo en buen estado.

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

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



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

Se logra evidenciar que a la Fecha la documentación de la madre sustituta esta completa, asi mismo la de su red de apoyo familiar, en cuanto a los antecedentes se encuentra 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 | Sin humedad pisos seguros, no resbalosos, sin | Ventilación e iluminación 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 |




Powered by CamScanner

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

Al momento de la visita se logra observar la unidad de servicios en buenas condiciones de aseo e higiene.

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

A la Fecha no se establecen compromisos, así mismo no se encuentran 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

Powered by CamScanner

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Laura Fernández Soto | Yenny Marcela Sierra Rojas |
| **Firma de la persona que realiza la visita** | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Laura Fernández Soto | |
| CC. 1077873295 TP. 219289 | CC. 95.065.980 |
| Celular: 3222386509 | Celular: 3202625525 |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: yennysierra1305@gmail.com |

**Notas:**

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


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

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

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

Powered by CamScanner

# Semana del 17-03-2025 AL 24-03

El dia 17-03-2025 viaje a la ciudad de Girardot para recoger al niño Adan Lavao Rivera.

Viaje de la Plata al espinal debido a que no hay transporte directo a Girardot; El dia 18:03 viaje del Espinal a Girardot, y asi sucesivamente el regreso.

El 18-03-2025 = me entregaron al niño como a las 12-45 = pm.
El ~~set~~ se puso muy Feliz al verme.

Luego compartimos un almuerzo y nos regresamos hacia el Espinal. Alli comio refrigerio. estaba muy bien de animo

Luego nos regresamos del Espinal a la Plata llegamos a las 17-50 pm.

En el viaje estuvo bastante molesto y algo agresivo.

ESTADO DE ANIMO: 19.
Su estado de animo no fue el mejor. se levanto no queria tomarse los medicamentos empezo a gritar. luego se calmo.

Cristian Camilo Zabala

Semana 29 de 31 de Marzo

Hojas: Jacob ya se aprendió colorear y colorea muchas hojas.



Jacob:
Le encanta bailar y jugar

Sus apegos

Le encanta dormir con su peluche de peluche. Juega con sus carros.

Jacob en esta semana se encuentra muy bien se apasiona feliz por llegar a casa Alan David; juega en ocasiones pelean. como lo normal.

Le gusta jugar con Angel y Jorge. Jacob hace un poquito le gusta hacer gestos.

Hoy Marzo 21/2025

Cintia Cano A
28/03-2025

En el día de Hoy Angel Jacob fue visitado por su familia mamá - papá hermana El niño se dispuso feliz cada vez que la ve. Compartieron una tarde muy contento. En esa visita juega, le llevaron frutas. Cantida de papá le Consiente le obsequian Jacob se encuentra jugando con su hermana Nancy. Al despedirse de su Tía Jacob se muestra algo triste, pero cuando llega a casa ya esta mas contento Comparte con Alan otro niño de la unidad S.

Powered by CamScanner

3ro

Semana del
17 al 23

En esta semana Camilo estuvo tranquilo de buen comportamiento acata normas es colaboradora, se nota de mejor estado de animo ya que logro Tener visita biológica con su madre, a mejorado en su higiene personal mantiene bien ordenado el estante de la ropa, cada dia progresa mejor, esta normalizando las buenas costumbres

Come bien todos los alimentos que se le brindan en la unidad de servicio Cumple con las normas de convivencia entiende que todos tenemos diferentes formas de ser y pensar y que se debe respetar a cada uno, en la espera que envíen los documentos

MUY IMPORTANTE

Powered by CamScanner

para poder vincularla a la institucion educativa. yo que los e solicitado el igual que en la fundacion le dijeron a la madre biologica, siendo estos importantes para que pueda iniciar su proceso academico

Cristian Camilo Arias
28/03/2025

3ro

Semana del
17 al 23

En esta semana Camilo estuvo tranquilo de buen comportamiento acata normas es colaboradora, se nota de mejor estado de animo ya que logro Tener visita biológica con su madre, a mejorado en su higiene personal mantiene bien ordenado el estante de la ropa, cada dia progresa mejor, esta normalizando las buenas costumbres

Come bien todos los alimentos que se le brindan en la unidad de servicio Cumple con las normas de convivencia entiende que todos tenemos diferentes formas de ser y pensar y que se debe respetar a cada uno, en la espera que envíen los documentos

MUY IMPORTANTE

Powered by CamScanner

para poder vincularla a la institucion educativa. yo que los e solicitado el igual que en la fundacion le dijeron a la madre biologica, siendo estos importantes para que pueda iniciar su proceso academico

Cristian Camilo Arias
28/03/2025

21-03-25

**SALUD** Tiene cita de oncología para el 10 abril, odontología y las demas estan pendientes por agendar

**CAMBIOS OBSERVADOS** En esta semana ha estado juguetón, lavando su ropa y doblandola, ha mejorado sus deberes escolares

**ALIMENTACION** Se le ofrece sus 5 tiempos de comida, a veces come poco, pero le gusta mucho los caldos

**TALENTO** Le gusta mucho el futbol

**SUEÑOS** Terminar sus estudios y tener una carrera profesional

Catalan Camilo A.
26/03/2025.

Semana del 17 al 23

General: En esta semana hodaimar que la niña expresa mas su lenguaje siempre esta activa, en ocaciones llora un poco porque no le pasan las cosas que ella quiere al igual que se calma cuando uno le explica que hay cosas que no se puede coger la niña entiende es inteligente, le esta saliendo otro diente estamos en el proceso de enseñarla a ir a la bacinilla poco le gusta pero lo hace come bien duerme tranquila los granos que le salian an disminuido no ha presentado de nuevo brote pendiente, la toma de los examenes

de laboratorio, tiene la cita para el 22-04-25 en la eps salud vital de hoy sacar la cita para llevarla a neiva a control con el dermatolo go, le gusta bailar, aplaudir

Cristian Camilo Arias 28/03/2025

21-03-25

CAMBIOS OBSERVADOS + Aprendido a organizar su ropa y tenerla doblada

DIFICULTADES Hay que estarle recordando el cepillado y le gosta mucho decir mentiras aveces no acepta las cosas que hace mal

EDUCACION sus notas este año y este Periodo ba muy bién en todas sus materias

TALENTOS Le gostamucho el dibujo y esta asistiendo a cati arte

CONVIVENCIA Le gosta mucho molestar y Pelear con los niños de La Unidad

SALUD Todo esta al dia hasta el momento

Carmen Cecilia A 28/03/2025

Powered by CamScanner

nuevos aprendizajes Está en fútbol por el momento, no le interesa otra actividad.

Salud Está pendiente psiquiatra para el 28 de marzo viajar a bogota para control, y en abril toca control de odontología e higiene oral.

educación Hasta ahora no se han presentado situaciones de comportamiento en el colegio. Es perezoso para hacer tareas pero las hace, a veces toca ayudarle

relaciones familia de origen No tiene relación con la familia de origen

Contacto Consuelo 320-3-22-24

10 de 16 3 25

2-abril-25

# SEMANA DEL 20 AL 27-03-2025

**ESTADO DE ANIMO**
ha sido excelente. se levanta de buen genio.

**ALIMENTACION:**
Recibe las 5 comidas diarias requeridas para su desarrollo, consume poco dulce, Fruta, Verdura, proteina, lacteos, entre otros.

**PROYECTO DE VIDA**
Terminar el estudio Cvalidacion en 6 meses luego ingresar al ejercito a prestar el servicio militar.

**SALIDAS:**
Salimos a la casa de mi hija, compartimos el almuerzo en familia,
Su comportamiento fue excelente.

**GUSTOS:**
Ver T.V.
Salir a la calle.
comer,
Hablar con todos cosas de su pasado.

**ESTUDIO**
Se Vinculo a la institucion educativa.
Paulo Freire.
a obtenido buenas notas, aprobo de que en un estudio anterior le ha ido bien.

**ACTIVIDADES EXTRA CURRICULARES**
asiste a cultivarte los dias viernes.
va al gimnasio en las tardes de lunes a sabado.

**CAMBIO OBSERVADOS**
Hemos logrado como equipo: que se motive a estudiar. esto gracias a la m.s Sandra, psicologa. Sister TS. Cristian Dc facilitador de familia Dra Eleana.

**DIFICULTADES:**
Que se preocupe mas por su area personal pero con dialogo y buen manejo se esta logrando.

**LOGROS**
He logrado que deseche la idea de irse y dejar todo el proceso del estudio, Todo esto se a logrado dialogando asumiendo entendiendo que es por un bien para su vida a un futuro.

**CONVIVENCIA:**
maneja buen Vocabulario, trata con respeto a las personas que convivimos en casa.

HASTA EL MOMENTO TUT BIEN.

27-03-2025.

de lunen a viernes.

**ALIMENTACION**

Ha mejorado su alimentacion, ahora come mas cantidad, aunque todavia necesita ayuda para hacerlo

**MARZO**

**17 - 23**

**ENCUNTRO BIOLOGICO**

Se realizó una videollamada para el encuentro biológico de la usuaria. Durante la llamada, mostró desinterés, no quiso hablar y la interaccion fue breve.

**SALUD**

Paso a pediátria el 18 de febrero Control en 2 meses (Abril)

Nutricion paso el 11 de marco control en 3 meses (Junio). Hasta el momento la usuaria goca de buena salud.

**APEGOS**

La usuaria es apegada a la madre sustituta, buscando cercania. Se siente más confiada es su presencia

**ACOMPAÑAMIENTO**

La madre sustituta le ofrece apoyo en su rutina diaria. Se le brinda un ambiente familiar estable y protector

**ESTADO DE ÁNIMO**

La usuaria muestra un estado de ánimo alegre, expresa felicidad a traves de sonrisas y juegos.

**CAMBIOS OBSERVADOS**

La usuaria ha demostrado un mayor nivel de astucia y talento en sus actividades diaria.

Powered by CamScanner

## ALIMENTACIÓN

La usuaria recibe una alimentacion balanceada con tres comidas principales como frutas, verduras proteinas, cereales y lacteos

## PROGROSO

La usuaria ha demostrado mayor astucia y habilidades para resolver situaciones nuevas. Su capacidad de observacion y aprendizaje ha aumentado

## ASEO

La usuaria sigue una rutina de higiene diaria que incluye lavado de manos, cepillado de dientes con supervicion, baño con ayuda para asi evitar accidentes.

Cristian Camilo A
28/03/25

en organizar los Cuadernos y
Libros, le gusta dibujar y
colorear.

**Convivencia** durante esta semana no se han presentado inconvenientes en casa de convivencia que este moderada bien, ha estado tranquila.

**nuevos aprendizajes** Sigue en dibujo y cultivarte. los dias viernes.

**estado de animo** Es una chica tranquila, no se han presentado inconvenientes durante esta semana. Se ve feliz.

**Salud** el 25 marzo tiene control con sicologia. el 28 tiene cita de psiquiatria en Bogota

**educativo** Es una chica responsable con sus tareas, no tengo problemas con sus trabajos escolares.

**relacion familia origen** no tiene relacion con la familia de origen

Cristian Camargo 27-03-2025

Dexter 27-03-25

MARZO

17-23

**SALUD**

Pendiente odontologia

Pendiente Psicologia para mayo

Control del joven cuando cumpla 16 años

**ESTUDIO**

Es una estudiante dedicada responsable con un alto nivel de compromiso en sus estudios

**ESTADO DE ÁNIMO**

En su estado de ánimo se refleja en su energia positiva y en la forma en que disfruta cada momento del dia mostrando un espiritu optimista.

**ALIMENTACION**

Se le ofrecen 5 tiempos de comida 3 principales dos refrigerios donde incluye verdura, proteinas, lacteos y otros. Se le ofrece una dieta equilibrada, fomentando hábitos saludables y aprovechando su buen apetito.

**EXTRACURRICULAR**

Asiste a bisuteria los martes de 2:30 a 4:00 pm, se encuentra feliz en el curso

**HIGIENE**

Mantiene usa buena higiene personal siempre está pulcra, bien arreglada y demuestra un hábito constante de aseo

**ACOMPAÑAMIENTO**

se le ayuda a tomar decisiones y enfrentar retos, sin sobreprotegerla, se le brinda un espacio seguro para expresarse.

Powered by CamScanner

MARZO 2025

24 - 31

DE VIAJE A SEGUIMIENTO
A LA
FUNDACION YO TE CUIDO



MARZO

Cristian Camilo A
28/03/2025

Powered by CamScanner

amorosa, tiene sentido de pertenencia y respetuosa con la figura de autoridad

**estado de animo** A veces se ve pensativa, pero es una niña alegre y acomedida

**nuevos aprendizajes**: Esta estudiando musica y le gusta mucho, lo mismo esta aprendiendo primeros auxilios.

**Salud** Esta Pendiente control de sicologia y Cirugia del ojo

**educacion**: Esta haciendo validacion del grado 6 y esta bien, es muy juiciosa y respmsable con sus tareas.

**relacion familia origen** Esta Semana no tuvo visitas con la familia.

Custodio Cedeño 27-03-2015

Roberto 26-3-15

## PROYECTO DE VIDA

El proyecto de vida de la usuaria es convertirse en doctora y bailarina, expresa su alegria a través del baile.

## ACOMPAÑAMIENTO

Se le brinda un ambiente seguro y afectuoso que le permita desarrollarse de manera integral. Se fortalece el vinculo afectivo a traves de la comunicacion

MARZO

24 - 31

## DISFRUTANDO EL DIA DE MIS CUMPLEAÑOS.



ONCE

Cristian Camilo A 28/07/14

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

**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 13 # 5E – 34 VILLA DEL PRADO | **31224564343** |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| NOMBRES Y APELLIDOS | C.C | CELULAR |
|---|---|---|
| SHIRLEY GONZALEZ | 1081397052 | 3147988239 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 13/02/2025 | Cristian Camilo Arias. A | Fundacion social yo te cuido |

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


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

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

Powered by CamScanner

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Responsable del Hogar** | Solórzano | Cardozo | Olga Beatriz |
| | Identificación: cc 36381366 | | |
| Dirección: Carrera 4 # 2ª - 99 SUR | | Tel. Fijo No tiene | Celular 3115996113 |
| Barrio: San Rafael | | Correo electrónico: olgasolorzano0512@gmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 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 |

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




Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | MARIA ISABELA SANCHEZ HERNANDEZ | 17/07/2014 | T.I 1081418084 | 23440240 | 6/09/2024 | ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA |
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizad

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Recibe atención psicosocial. | Si X No | Si X No | Si X No | Si X No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

Mariana: atenciones en salud al dia, tiene atencion para terapias ocupacionales a la espera de asignacion de cita por la EPS, atencion por psiquiatria el 9 de enero donde fue dada de alta y cuando sea reintegrada al medio familiar, Pendiente asignar cita por Psicologia para el mes de marzo, asiste a extramurales a colmena de lunes en la semana, Bien alimentada.

Yatin: atenciones en salud al dia, pyp a crecimiento y desarrollo el 11 de marzo control en 1 año es remitido para pediatria en la MS se encuentra gestionado solicitud para la asignacion de la cita, Pendiente cita con nutricion EPS ya que tenia el control en el mes de febrero asignada para el 14 de marzo.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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



Powered by CamScanner

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo. | | | | | |
| Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. | Si X No | Si X No | Si X No | Si X No | Si No |
| Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones. | Si X No | Si X No | Si X No | Si X No | Si No |
| Realiza prácticas de autoprotección. | Si X No | Si X No | Si X No | Si X No | Si No |
| Realiza prácticas de autocuidado. | Si X No | Si X No | Si X No | Si X No | Si No |
| Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos. | Si X No | Si X No | Si X No | Si X No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

Nohoy: atenciones en salud al día, control por Psicología pregestacional para el 19 de marzo, control de CyD en agosto. Escolarizados Institución educativa Miguel Antonio en el grado transición.

Maria Isabel: Control del joven para agosto, Psicología cita por EPS para el 19 de marzo, odontología tratamiento activo, Escolarizada en la institución educativa Luis Carlos Trujillo desde su nivel grado tercero

## 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 | | | |



Powered by CamScanner

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Acta de colocación | X | | X | | X | | X | | | | |
| Valoración/Seguimiento Trabajo Social | X | | X | | X | | X | | | | |
| Valoración/Seguimiento Psicológica | X | | X | | X | | X | | | | |
| Valoración/Seguimiento Nutricional | X | | X | | X | | X | | | | |
| Valoración Médica | X | | X | | X | | X | | | | |
| Fórmulas Médicas | X | | X | | X | | X | | | | |
| Carné de Salud | X | | X | | X | | X | | | | |
| Citas Médicas | X | | X | | X | | X | | | | |
| Registro Civil | X | | X | | X | | X | | | | |
| Documento de Identidad | X | | X | | X | | X | | | | |
| Boletines Escolares – del periodo actual cursado | X | | X | | X | | X | | | | |
| Registro de Experiencias –con fecha de último registro | X | | X | | X | | X | | | | |

**Observaciones:**

Carpeta debidamente legajada, documentación al día y organizada para cada niño según las necesidades de cada uno.

| ELEMENTOS DE DOTACIÓN | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Básica | X | | X | | X | | 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).

Cada uno de los niños cuenta con dotación al día y en buen estado, orden evidente en la tenencia de cada




Powered by CamScanner

Una de las visitas de la entidad.

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

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

**Observaciones:**

Documentación al día y actualizada. con todo lo que se requiere.

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**



Powered by CamScanner

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

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

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

Unidad de servicio con evidente orden y aseo. alimento debidamente tapados y almacenados habitaciones aseadas y organizadas.




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

Powered by CamScanner

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

Sin hallazgos.

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Powered by CamScanner

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|---|
| Nory Shirley Gonzalez O. | | OLGA BEATRIZ SOLORZANO |
| Shirley Gonzalez | | Olga Beatriz Solorzano C. |
| CC.1081397052 | TP. 172058 | CC. 36.381.366 |
| Celular: 3147988238 | | Celular: 3115996113 |
| Correo electrónico: hspsicologialaplata@fundacionyotecuido.com | | Correo electrónico: Masanchez09@misena.edu.co |

**Notas:**

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


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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Mariana cuenta con su dotacion al dia y buen uso |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Mariana Gutierrez

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Olga escobar Solorzano C.

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Shirley Gonzalez



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Isabela tiene su dotacion al dia y buen uso |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Maria Isabela Sanchez

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Olga Beatriz Solorzano C.

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Shirley Gantiva



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Betún tiene su obtusión y lecha entera c/u. |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga Beatriz Solano C

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Nabg cuenta con su dotacion y buen uso. |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Olga. Beatriz Solano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:



Powered by CamScanner

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

**CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO**

| FECHA DE LA VISITA | 18/03/2025 | CENTRO ZONAL | La Plata. |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA | | | |
| Olga Beatriz Solarzano Cardoso | | | |

| | 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:

La unidad de servicio no tiene este alimento nutricional, la madre solicita hacer la peticion para que pronto le sea entregada.

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| Olga Beatriz Solarzano C. | Shirley Gonzalez |



Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

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

## LISTA DE CHEQUEO

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

**Nombre responsable unidad de servicio:** Olga Beatriz Soto Zero

**Dirección:** Cra 4 # 29-98 Sur.

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

Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad. | y | |
| 26 | Paredes limpias. | y | |
| 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 | |
| 40 | Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturi, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave. | x | |
| 41 | La herramienta que se ubiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes. | x | |
| 42 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | x | |
| 43 | En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas ) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | x | |

OBSERVACIONES

la unidad de servicio cumple con los requerimientos.

Powered by CamScanner

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Nay Shirley Gonzalez O. | Olga Beatriz Solarte. |
| Firma de la persona que realiza la verificación: Shirley Gonzalez | Firma: Olga Beatriz Solarte L. |
| CC. 1085917052 T.P 170058. | C.C 36.381.366. |
| Celular: 3147888823. | Celular: 3115796113 |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: olgasolarte0812@gmail. |

Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN 1 FSYTC-0008- 31/08/2022<br>FECHA DE APROBACION: 01/09/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 13/09/2025.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Olga Beatriz Sobrano

CENTRO ZONAL: La Piedra

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gonzalez

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

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

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

Que continuen visitandonos

Olga Beatriz Sobrano C.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

Hoy. 19 de marzo
fui a visitar a. Willmyer al Hospital x
Ser dia del hombre le llevé una tarjeta
una pijama y unas chanclas lo encontré.
muchos mejor de animo Sinembargo los
enfermeros Refieren que esun niño muy
inquieto y No hace caso.

Semana 20-25

En esta semana fui a visitar a
Willmyer en la Utard le salió la
Remisión para la Ciudad de Neiva
el Tolima Huila. Viajamos en ambulancia
Cruzada Control Nos recibieron la Dra.
lo atendio. Lo ubicó inmediatamente.
la jefe de Pediatria. Lo llevo.
hacia dentro Se despedí del niño
que do un poco triste y inquieto
Como social Llegar a un Lugar Nuevo.
la Salud. Social que da de Abandonados y
Padres Información Para la visitas.
no se recibe



Scribe

(21-03-25)

PROGRESO Agepta reglas y normas sin discutir constantemente

RESPONSABILIDAD comple con sus tareas escolares y del hogar sin tenerle que recordar muchas veces

EMPATIA Muestra mas comprencion hacia los sentimientos de los demas

APRENDIZAJE Termina sus tareas sin quejarse de los demas

HIGENE A un no maneja los buenos habitos de higene, hay que estarle recordando la importancia del cebillado y el baño diario

RESPONSABI
TALENTOS Participa en actividades de juego Fisicos con mayor energia

Cristian David A.
28/03/2025.

Powered by CamScanner

Paso a control de la primera infancia el 7 de marzo control en 3 meses (Junio)

**AVANCES**

Sostiene mejor la cabeza cuando está boca abajo sigue objetos en movimiento sonrie con facilidad

**ALIMENTACION**

El usuario toma entre 4 y 5 onzas de leche aproximadamente cada 3 horas, dependiendo de su apetito.

**ASEO**

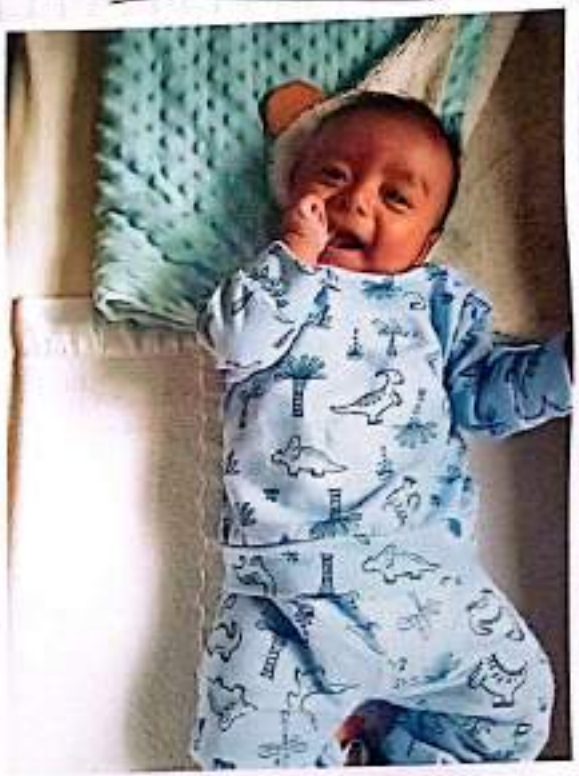
Baño diario con agua tibia y jabon suave. limpiando bien los pliegues de la piel para evitar irritaciones, uñas cortas para evitar arañazos

**COMPORTAMIENTO**

Balbucea e imita: expresiones, reconociendo a personas y objetos.

MARZO 2025

24 - 31



Muy sonriente

Cristian Camilo 26/03/2025

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

**Fecha de visita:** 28-03-2025

| 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 5 e-34 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:**

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


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

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

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

Powered by CamScanner

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 7/02/2025 | Erica Katherine Rodriguez | ICBF |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

| Seguimiento periódico | X | Plan Mejoramiento[2] | | Seguimiento extraordinario | |
|---|---|---|---|---|---|

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

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | DERLI YULIANA SANCHEZ HERNANDEZ | 04-08-2023 | R.C 1080268922 | 234440238 | 06/09/2024 | DEFENSORIA PRIMERA/ALONSO MARTINEZ |
| 2 | MARIA ALEJANDRA MENDEZ VERA | 16/05/2015 | T.I 1084869423 | SIN INFORMACION | 24/05/2024 | COMISARIA IQUIRA |

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



Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | CINDY CAMILA ZAPATA HURTATIS | 04-06-2010 | T.I 1083896671 | 235105027 | 03-03-2025 | CRISTINA MOLINA ARTUNDUAGA (DEFENSOR DE FAMILIA) |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Recibe atención psicosocial. | SI X No | Si X No | SI X No | Si No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

- Derly: tiene psicología 1-04-2025, aun no tiene cita en abril de Pediatría, en mayo notificare y dermatología para consulta por examenes, es juiciosa a consulta toda (o> abuelito) sobo de peso, la comisura se le volvio a abrir, no asiste a estudiar por la edad y tampoco realiza actividades de proyecto de vida por la edad.
- Maria Alejandra: tiene pruebas cognitivas, la MS cita en tramite y especial por agenda, se recomienda solicitar apoyo de la Gestora de Caso.
- Cindy Camila: No tiene documentos para matricula en IE. al grado 6°, 20-07-25 tuvo salud del joven, cita en Lapo en pediatria, y 28-07-2025 tiene cita por psicologia al CAS zacon

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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




Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

- Derly: Cuenta con esquemas Biologicos con familia Biologica, cuenta con todos los procesos de acuerdo a su edad.
- Maria Alejandra: A la fecha no tiene Autoridad Administrativa / Defensoria segunda Clia, recibe encuentros Biologicos por adecuamiento, pendiente psicologia clinica, de acuerdo al E.S. ha mejorado el comportamiento.
- Cindy Camila: Pendiente valoracion Psicologia, Trabajo Social, control medico con reportes, valoracion odontologia de control del joven, examenes de ETS, laboratorios Hemoglobina, hematocrito, Prueba Hepatitis prueba treponemica. Participa en bisuteria como actividad extracurricular, Maria Alejandra en Bisuteria, Derly por su edad no participa.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

| DOCUMENTACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|



Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

- Derly: Cuenta con escenarios Biologicos con familia Biologica, cuenta con todos los procesos de acuerdo a su edad.
- Maria Alejandra: A la fecha ya tiene Historial Administrativo / Defensoría segunda Silla, recibe encuentros Biologicos por adolescente, pendiente Psicologia clinica, de acuerdo al E.B. ha mejorado el comportamiento.
- Cindel Camila: Pendiente Valoración Psicologia, Trabajo Social, control medico con repetes, valoración odontologia de control del joven, examenes de ETS, laboratorios Hemoglobina, hantavente, Prueba Hepatitis prueba Treponemica. Participa en Disteria como actividad extracurricular, Maria Alejandra en Bisteria, Derly por la edad no participa.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

| DOCUMENTACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|



Powered by CamScanner

| | 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 | | | | |
| Valoracion 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:**

- Derly: Cuenta con la documentación actualizada, no cuenta con boletines por la edad, la carpeta esta actualizada, ordenada y legajada. • María Alejandra: La carpeta esta actualizada, ordenada correctamente y legajada. • Cindy Camila: no cuenta con Valoración nutrición del operador, no esta estudiando a la fecha por ende no trae boletines, esta a la espera de ello, ya solicito dichos documentos, los documentos que cuentan estan debidamente ordenados, legajados y actualizados.

| ELEMENTOS DE DOTACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|




Powered by CamScanner

| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Básica | X | | X | | X | | | | | |
| Personal | X | | X | | X | | | | | |
| Escolar | | X | X | | | Y | | | | |
| Aseo e higiene personal | X | | X | | X | | | | | |

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

- Deily: debido a la edad no cuenta con dotación escolar, la demás en optimas condiciones de aseo y uso. • Maria Alejandra: cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo y uso.
- Cindy: Aun no cuenta con dotación escolar porque no esta estudiando, la demas dotación si se la dieron.

| 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 MJ se encuentra actualizada, legajada y archivada, las redes de apoyo estan actualizadas y los integrantes del nucleo familiar.




Powered by CamScanner

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

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

| | En óptimo estado de aseo | Sin goteras | Sin grietas | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos | Sin humedad | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas | Ventilación e iluminación natural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cocina | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Despensa | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Comedor | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Sala | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Lavandería | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Dormitorios | SI | SI | SI | SI | X | 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 optimas condiciones de aseo, asepsia e higiene. Los alimentos estan rotulados y la alacena con alimentos en




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

Powered by CamScanner

optimas condiciones de consumo, Al momento de la visita se encuentran las 3 usuarias en optimas condiciones de aseo y presentación personal.

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

- No se dejan las Ollas.
Se recomienda a la Nta Solicitar apoyo de la Gestora de caso para el tramite de actas de María Alejandra, Derly y Cindy.
Dar acatamiento cualquier exhortación que se presente con la usuarias ante el operador y Aut. Administrativas

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

| Nombres y apellidos de la persona que | Nombres y apellidos de la persona que |
|---|---|



Powered by CamScanner

| realiza la visita<br><br>CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS | | recibe la visita<br><br>DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ |
|---|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita<br>Cristian Camilo Arias | | Firma de la persona que recibe la visita<br>Dayana Diaz R |
| CC. 1010242019 | TP.1010242019 | CC. 1061728361 |
| Celular: 3112431071 | | Celular: 3137164889 |
| Correo electrónico:<br>yotecuidofundacionsocial@gmail.com | | Correo electrónico:<br>dayanita.0512@hotmail.com |

**Notas:**

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




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

Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la debida dotación |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por la edad.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Dahna Diaz R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la edad. |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: María Alejandra Mendez Vera

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Deyanira Diaz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cintia Cerrito A.



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Leidy Camila zapata Hurtado cc1054...

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Dafne Diaz R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.



Powered by CamScanner

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

**CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO**

| FECHA DE LA VISITA | 28/02/2025 | CENTRO ZONAL | La Plata |
|---|---|---|---|

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Dayana Catherin Diaz

| | 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 cuenta con Bienestarina

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| Dayana Diaz | Cristian Camilo Arias |



Powered by CamScanner

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

## LISTA DE CHEQUEO

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

**Nombre responsable unidad de servicio:** Dayana Catalina Diaz Rodriguez.

**Dirección:** Calle 19A # 1B 52 E. Ciudadela San Miguel.

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

Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad. | X | |
| 26 | Paredes limpias. | X | |
| 27 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |
| 28 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | X | |
| 29 | En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización. | X | |
| 30 | La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados. | X | |
| 31 | Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | X | |
| 32 | Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 33 | Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 34 | Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 35 | Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 36 | Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 37 | Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 38 | Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 39 | Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 40 | Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave. | X | |
| 41 | La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 42 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | X | |
| 43 | En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas ) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES

la unidad de servicio cuenta con los elementos de protección y optimas condiciones de aseo y desinfección.

Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 8 -80
Cel. 3008183487

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Cristian Camilo Arias | |
| Firma de la persona que realiza la verificación | Firma |
| Cristian Camilo Arias | |
| cc. [illegible] | cc [illegible] |
| Celular: [illegible] | Celular: [illegible] |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

Powered by CamScanner

# FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
## VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

FECHA: 7/Octubre/25

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Dalva Celeny Ortiz Londoño

COMUNA: La Pradera Bello

NOMBRE DEL PROFESIONAL A CARGO: Cristian Camilo Mesa

Calificación (Indique con cada una con una X según corresponda)

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

| CALIFICACIÓN PREGUNTAS (Indique con cada una con una X según corresponda) | SI | NO |
|---|---|---|
| 6. El profesional escucho de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada? | X | |
| 7. El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita? | X | |
| 8. El a dado la información suministrada por el profesional durante la visita? | X | |
| 9. El profesional al desplazarse por la vivienda, solicito permiso? | X | |
| 10. El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita? | X | |

Observaciones de la Madre Sustituta:

Dalva Ortiz

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 28/03/2025

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

| Hogar de paso | Familiar | Casa hogar |
|---|---|---|
| | | |

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA

**Entidad que realiza el seguimiento:**

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

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| Nombres y apellidos | CC. | Celular |
|---|---|---|
| SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ | 10814397052 | 3147988239 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 26/03/2025 | Erica Katherine L. | ICBF. |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | NIETO | COTACIO | FRANCY YORLAY |

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


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

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

Powered by CamScanner

| | Identificación: 25.464.874 | |
|---|---|---|
| Dirección: | Tel. Fijo<br>NO REPORTA | Celular<br>3222689309 |
| Barrio:<br>CIUDADELA SAN MIGUEL | Correo electrónico:<br>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 |
| 4 | JEIMMY ADELAY PAJA CAMAYO | 3/07/2024 | R.C 1081428635 | 1764302878 | 27-09-2024 | DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA/ALONSO MARTINEZ |

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



Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

**Descripción general de lo encontrado:**

- Ydran: Nutrición operador el 22-05-2025, medicina General 4-06(2025, termino tratamiento odontologia 4-03-2025, Psicologia, General 21-04-2025.
- Cristhian: tiene Nutrición operador 20-04-2025, Oncologia 10-04-2025 Neuropsicologia, Dermatologia, Psicologia pendiente cita, ya estan autorizadas, odontologia tratamiento formulado, control joven febrero 2026.
- Jhon fredy: tiene Medicina General 18-06-2025, Junio Psiquiatria, 22-04-2025 psicologia General, Ya no consume medicamentos por decisión psiquiatria.
- Jemimy: tiene control 5-05-2025 medicina General, vacunación 05-05-2025, y crecimiento y desarrollo, Genetica 23-04-2025, Pediatria 27-06-2025, Nutrición 05-05-2025.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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




Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

- Yehan: No recibe E.B. porque esta declarado en adoptabilidad, cuenta con la garantia de los diferentes procesos, institucionalidad.
- Cristhian: No recibe E.B. porque esta declarado en adoptabilidad, inscrito a fictal, cuenta con la garantia de los procesos.
- Jhon fredy: No recibe E.B. porque esta declarado en adoptabilidad, esta inscrito a cuidante.
- Jeimmy: Recibe E.B cada 8 dias con progenitora, debido a la edad no cedira practicas de cuidado y comunicación, cuenta con la garantia de los procesos que requiera.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

| DOCUMENTACIÓN | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |




Powered by CamScanner

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Carpeta legajada | X | | X | | X | | X | | | |
| Acta de colocación | X | | X | | X | | X | | | |
| Valoración/Seguimiento Trabajo Social | X | | X | | X | | X | | | |
| Valoración/Seguimiento Psicológica | X | | X | | X | | X | | | |
| Valoración/Seguimiento Nutricional | X | | X | | X | | X | | | |
| Valoración Médica | X | | X | | X | | X | | | |
| Fórmulas Médicas | X | | X | | X | | X | | | |
| Carné de Salud | X | | X | | X | | X | | | |
| Citas Médicas | X | | X | | X | | X | | | |
| Registro Civil | X | | X | | X | | X | | | |
| Documento de Identidad | X | | X | | X | | X | | | |
| Boletines Escolares – del periodo actual cursado | X | | X | | X | | | X | | |
| Registro de Experiencias –con fecha de último registro | X | | X | | X | | X | | | |

**Observaciones:**

- Las carpetas de los usuarios se encuentran actualizadas, legajadas y archivadas, Jeimmy no cuenta con boletin debido a la edad no. Está inscrito al area educativa.

| 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)

- Usuario cuenta con la dotación, en optimas condiciones de aseo y uso personal. Cristian cuenta con la dotación.




Powered by CamScanner

en optimas condiciones de aseo y uso personal.

- Jhon Freddy: Cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo y uso personal.
- Jeimmy: No cuenta con dotación escolar debido a la edad, la demás dotación esta en optimas condiciones de aseo y condiciones 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* | 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 carpeta de la NNJ se encuentra actualizada a la fecha, archivada y legajada, las redes de apoyo actualizadas con la documentación y archivada correctamente al igual la composición familiar.




Powered by CamScanner

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

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

| | En óptimo estado de aseo | Sin goteras | Sin grietas | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos | Sin humedad | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas | Ventilación e iluminación natural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cocina | SI | SI | SI | SI | SI | X | SI |
| Despensa | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Comedor | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Sala | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Lavanderia | SI | SI | SI | SI | X | 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 optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia. tiene ventilacion e iluminacion natural, alimentos rotulados y alacenas con alimentos




Powered by CamScanner

en condiciones de consumo.

**5.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 los procesos de los usuarios, de igual manera dar a conocer cualquier eventualidad que se presente con los usuarios ante el operador y Aut. Administrativa

**Actividades desarrolladas en la visita:**

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

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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



Powered by CamScanner

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita<br>CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita<br>FRANCY YORLAY NIETO COTACIO |
|---|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita<br>Cristian Camilo Arias | | Firma de la persona que recibe la visita<br>Francy Nieto |
| CC. 1010242019 | TP 1010242019 | CC. 25.464.874 DE INZA - CAUCA |
| Celular: 3112431071 | | Celular: 3222689309 |
| Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.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.**



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Cristian David Acosta C.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Pinto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Carmen Camilo A



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Yohan sebastian jejia

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Francy Prieto

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Castro Correa A



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Yuris Judy Abella

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Francy Pieto

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Catron Camilo A.



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con su dotación |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por la edad

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Francy Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Ramos A



Powered by CamScanner

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

**CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO**

| FECHA DE LA VISITA | 28/03/2025 | CENTRO ZONAL | La Plata. |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA | | | |
| | Franci 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:

No cuenta con Bienestarina.

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| Francy Nieto | Cristian Camilo A. |



Powered by CamScanner

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

## LISTA DE CHEQUEO

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

**Nombre responsable unidad de servicio:** Francy Morlay Nieto.

**Dirección:** Ciudadela San Miguel.

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

Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad. | X | |
| 26 | Paredes limpias. | X | |
| 27 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |
| 28 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | X | |
| 29 | En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización. | X | |
| 30 | La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados. | X | |
| 31 | Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | X | |
| 32 | Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 33 | Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 34 | Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 35 | Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 36 | Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 37 | Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 38 | Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 39 | Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 40 | Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturi, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave. | X | |
| 41 | La herramienta que se utiliza para actividades agricolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 42 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | X | |
| 43 | En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas ) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES

La unidad cuenta con elementos de protección, condiciones de aseo en optimas.

Powered by CamScanner

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Cristian Camilo A | Francy nieto |
| Firma de la persona que realiza la verificación | Firma |
| Cristian Camilo A. | Francy Nieto. |
| cc. 1024230 T.P 10027/2019 | C.C 25464871 |
| Celular: 3112431071 | Celular: 3222689309. |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN: 1 FECHA: 01/04/2022<br>FECHA DE APROBACIÓN: 01/04/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 28/03/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Freddy Nieto

CENTRO ZONAL: Fq Pereira

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo 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. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita? | X | | | |
| | X | | | |

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

Francy Pinto

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 20/03/2025

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

| Hogar de paso | Familiar | Casa hogar |
|---|---|---|
| | | |

REGIONAL HUILA CENTRO ZONAL LA PLATA

**Entidad que realiza el seguimiento:**

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

**Profesional que realiza el seguimiento:**

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

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita | Entidad que realizó la visita |
|---|---|---|
| 10/02/2025 | Erika 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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | GOMEZ | ARDILA | LEIDY CONSTANZA |
| | Identificación: | | |
| Dirección: CALLE 6 N. 3-79 URBANIZACION COMFAMILIAR | | Tel. Fijo: NO TIENE | Celular: 3138961014 |
| Barrio: CIUDADELA 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 | DAIRON LEONARDO ROSAS CALVO | 22/08/2008 | T.I 1076741193 | 23589609 | 2/09/2008 | CLAUDIO HERNAN LOPEZ/ DEFENSORIA CUARTA DE FAMILIA |
| 2 | TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS | 12/09/2024 | T.I 1061225531 | 1763806813 | 13/02/2024 | SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ÁLVAREZ |

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



Powered by CamScanner

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| Responsable del Hogar | Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|---|---|---|---|
| | GOMEZ | ARDILA | LEIDY CONSTANZA |
| | Identificación: | | |
| Dirección: CALLE 6 N. 3-79 URBANIZACION COMFAMILIAR | | Tel. Fijo: NO TIENE | Celular: 3138961014 |
| Barrio: CIUDADELA 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 | DAIRON LEONARDO ROSAS CALVO | 22/08/2008 | T.I 1076741193 | 23589809 | 2/09/2008 | CLAUDIO HERNAN LOPEZ/ DEFENSORIA CUARTA DE FAMILIA |
| 2 | TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS | 12/09/2024 | T.I. 1061225531 | 1763806813 | 13/02/2024 | SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ÁLVAREZ |

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



Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | KRISHDAEL MARTINEZ BARONA | 5/09/2012 | T I 1096037678 | 23438454 | 21/12/2023 | COMISARIA LA PLATA |
| 4 | LIAM SEBASTIAN ESPAÑA CURACA | [illegible] | T I 1080944641 | 1764450560 | 17/03/2025 | CLAUDIO LOPEZ / DEFENSORIA CUARTA |
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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



Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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:**

Diana: Cuenta con citas especiales en salud al día, Psicología para abril, Protocolo gestante se esta tramitando las citas no hay agendas, Psicología citas para marzo terapias de rehabilitación terminadas (Fono Ocupacional) evitadas por pandemia y no ha realizado, la MS le ha fallado de muchas formas y en no cumplir las ordenes, respecto al manejo del celular no ha cumplido con los acuerdos y se ha generado diferentes en el hogar por este motivo, le cuesta seguir reglas.

## 4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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




Powered by CamScanner

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

**Descripción general de lo encontrado:**

Tania: Usuaria que se reintegra a Unidad de servicio el 10 de Mayo después de estar en medida hospitalaria en la clínica eros donde entregan historia clínica en especialidades de la diferentes atención tiene seguimiento en 6 meses, con tanya se trata la dificultad que al estar hospitalizada en misma fue trabajando la EPS para este manejo se recomienda comunicar a la defensora para que no cobijen con estigmas.

Kathlyn: tiene atenciones en salud al día, Psicología Clínica forense al medio social, tratamiento de odontología terminado

Ucm: Usuaria que ingresa el 17 de marzo, tratado estable ginkan, con atenciones en salud para mirar, la M3 ya está terminando hospitalización de EPS.




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

Powered by CamScanner

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

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

**Observaciones:**

Carpeta de cada uno de los usuarios al día, con atenciones que cada uno registra al día.
Con buen estilo viviendo en el proceso de atención.



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

Powered by CamScanner

| 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 ultimos cuentan con dotacion al dia y en buen estado
Tonica tiene pendiente entrega de dotacion pedagogica
Se hace la sugerencia a la gestora para que este apoyde si
este gestion

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

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



Powered by CamScanner

**Observaciones:**

Carpeta de la madre sustituta al día, con documentación al día y cuaderno de

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

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

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




Powered by CamScanner

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Espacio de estar | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |

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

Unidad de servicio en condiciones de aseo y orden adecuados, alimentos suficientes para la alimentación de los usuarios, dormitorios limpios y aseados.

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

**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

Powered by CamScanner

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

Notas:

Powered by CamScanner

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita<br>SHIRLEY GONZALEZ | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita<br>LEIDY CONSTANZA GOMEZ ARDILA |
|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita<br>Shirley Gonzalez | Firma de la persona que recibe la visita<br>Leidy Constanza Gomez |
| CC. 1081397052 TP 702058 | CC. 1117519740 |
| Celular: 3147988239 | Celular: 3138961014 |
| Correo electrónico:<br>hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com | Correo electrónico:<br>legomez19930@hotmail.com |

se realizó y el tiempo de duración.

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




Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Dairon cuenta con buena educación en el hogar y buen uso. |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Yuly Gaviria

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Dairon Leonardo Rojas

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Shirley Gonzalez



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Kristhael cuenta dotacion al dia y buen uso. |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Kristhael Martinez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Luis Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Anibal Gonzalez



Cel. 3206193497

Powered by CamScanner

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

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS | | |
|---|---|---|
| | PERSONAL | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | 1 | |
| Peinilla o cepillo | 1 | |
| Tapabocas dos unidades por cada niño | 1 | |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS | | |
|---|---|---|
| | USO COMUN | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Crema de manos y cuerpo | X | |
| Bloqueador solar | 1 | |
| Champú | 1 | |
| Crema dental | 1 | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | 1. | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Toma cuenta con su dotacion al dia y buen uso. |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Lady Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez



Powered by CamScanner

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

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

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

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Buen cuenta en su dotacion al dia y buen uso. |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** No firma.

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Leidy Cano

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Shirley Gutierrez.



Powered by CamScanner

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

**CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO**

| FECHA DE LA VISITA | 20/03/2025 | CENTRO ZONAL | La Plata. |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA | | | |
| Leidy Constanza Gomez. | | | |

| | 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:
La unidad de servicio no cuenta con bienestarina debido a que no hacen entregadas.

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| Leidy Gomez. | Shirley Contalet |



Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad | X | |
| 26 | Paredes limpias | X | |
| 27 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |
| 28 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección | X | |
| 29 | En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización | X | |
| 30 | La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados | X | |
| 31 | Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños | X | |
| 32 | Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 33 | Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 34 | Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 35 | Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 36 | Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 37 | Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 38 | Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 39 | Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 40 | Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave. | X | |
| 41 | La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 42 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos | X | |
| 43 | En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas ) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES

Unidad de servicio en condiciones locativas adecuadas para la prestación del servicio

Powered by CamScanner

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

## LISTA DE CHEQUEO

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

**Nombre responsable unidad de servicio:** Leidy Constanza Gomez A.

**Dirección:** Cl6 #3-79

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

Powered by CamScanner

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

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Shirley Gonzalez | Leidy Carolina Gomez. |
| Firma de la persona que realiza la verificación<br>Shirley Gonzalez. | Firma<br>Leidy Carolina Gomez |
| CC. 1088[illegible]52 T.P 172058 | C.C 1117519340 |
| Celular: 3147388639. | Celular: 3138961014. |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: |

Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN 1 FBYTS-0008- 01/09/2022<br>FECHA DE APROBACIÓN 01/09/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 20/03/2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Lady Gomez

CENTRO ZONAL: La Perla.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Gomez.

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? | X | | | |
| 4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita? | X | | | |
| 5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita? | X | | | |
| | X | | | |

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

Observaciones de la Madre Sustituta:

Lady Gomez

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

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

**Fecha de visita:** 27-03-2025

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

| Hogar de paso | Familiar | Casa hogar |
|---|---|---|
| | | |

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | CALLE 13 # 5E – 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 |
|---|---|---|
| 17/03/2025 | Diana Paola Roliche | ICBF |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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


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

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

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

Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | Primer apellido<br>DORADO | Segundo Apellido<br>QUIJAN | Nombres<br>MARISANDA |
|---|---|---|---|
| | Identificación: 36.380.700 | | |
| Dirección:<br>Calle 3 Sur # 7-13 | | Tel. Fijo | Celular<br>3112035880 |
| Barrio:<br>CAMILO TORRES | Correo electrónico:<br>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/ELIANA ALVAREZ |
| 2 | JUAN JOSE PAI EMBUS | 23-05-2007 | T.I 1117784940 | 23440824 | 26/12/2024 | DEFENSORÍA PRIMERA ALONSO MARTINEZ |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

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




Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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




Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Recibe atención psicosocial. | SX No | SX No | Si No | Si No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

• Adan: Salió de la clinica Medical Grandes - Cundinamarca el 18-07-2021, ingresó el 22-07-2021, la MS se encuentra en tratamiento de ataques por: • 1, electrocardiograma de ritmo, p de superficie Sod, 12 psicoterapias individual por psicologia 3 por semana, 12 por mes, Aplicación de prueba por Neuropsicologia (cualquier tipo), Prueba Neuropsicologia (Prueba mal). 12 terapias fonoaudiologia integral, 12 terapias rehabilitación cognitiva. (las terapias 3 por semana, 12 por mes), examenes: Creatinina en suero y orina, la MS refiere que todo esta automado, pero no esta o tiene convenio Sanitas para las terapias fonoaudiologia, usa el grado 4to.

• Juan Jose: Se encuentra validando mediante guias, Pendiente cita Psiquiatria (no contestaron en tiempo hace llamada) tiene examen del estado de desarrollo del adolescente.

Se recomienda a la MS solicitar apoyo de la Gestora de caso para las citas y procesos de Adan Javier.

## 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 |



Powered by CamScanner

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo. | Si X No | Si X No | Si No | Si No | Si No |
| Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. | Si X No | Si X No | Si No | Si No | Si No |
| Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones. | Si X No | Si X No | Si No | Si No | Si No |
| Realiza prácticas de autoprotección. | Si X No | Si X No | Si No | Si No | Si No |
| Realiza prácticas de autocuidado. | Si X No | Si X No | Si No | Si No | Si No |
| Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos. | Si X No | Si X No | Si No | Si No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

- Adan: Visitado a cotidiano martes y jueves de 9 a 11am, no cuenta en eventos biológicos debido a que esta en adoptabilidad, el comportamiento se estroza por las falencias de autoconfianza, le gusta compartir, hacer aseo en la casa, consume todos los alimentos y buen patrón de sueño.
- Juan Jose: No cuenta con vinculación familiar en el Pard, mejoró el comportamiento, consume todos los alimentos, buen patrón de sueño, aún presenta dificultad con los hábitos de aseo personal,




Powered by CamScanner

ha presentado bajo rendimiento academico en la validación del bachiller, no cuenta con calificado escolar, porque estan en proceso de aprobación por parte del ICBF, pero si realizan ejias, participa en Colliviente y Gimnasio. como actividad extracurricular.

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

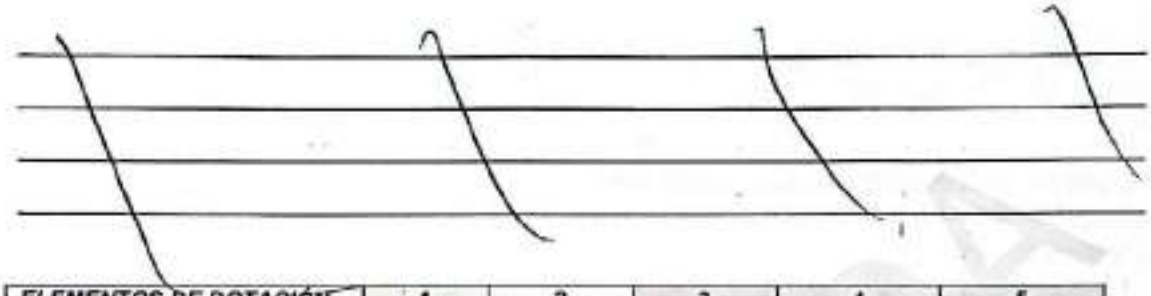
| DOCUMENTACIÓN | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Carpeta legajada | X | | X | | | | | | | |
| Acta de colocación | X | | X | | | | | | | |
| Valoración/Seguimiento Trabajo Social | X | | X | | | | | |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

**Observaciones:**

- Adan: la carpeta se encuentra actualizada, legajada y debidamente archivada.
- Juan José: la carpeta se encuentra legajada, debidamente archivada, no cuenta con boletin escolar debido a que en el proceso de validación aún no suministran el documento.




Powered by CamScanner



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

**Observaciones** (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

- Adan! Cuenta con la respectiva dotación en optimas condiciones de aseo, uso y condiciones.
- Juan José! Cuenta con la dotación, no tiene dotación escolar porque aun no cuenta con el certificado escolar que debe presentar en el operador.

| 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 | X | | |




Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 NJ se encuentra actualizada, legajada y archivada correctamente, igualmente la documentación de las redes de apoyo estan 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 | S. |




Powered by CamScanner

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 optimas condiciones de aseo y asepsia, ventilación e iluminación natural. los alimentos rotulados, alacena con alimentos para los usuarios.

**5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS** (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

- Se recomienda a la M) Solicitar apoyo de la Gestora de caso para dar cumplimiento a las citas y examenes de Adan Tavao y Jantoe Pai, de igual manera dar a conocer al operador o Aut. Administrativa cualquier eventualidad que se presente con los usuarios.

**Actividades desarrolladas en la visita:**

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- X Diálogo con miembros de la familia.
- X Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- X Observación a vivienda, dotación, otros

Powered by CamScanner

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

__X__ Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita<br>CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita<br>MARISANDA DORADO QUIJAN |
|---|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita<br>Cristian Camilo Arias | | Firma de la persona que recibe la visita<br>Sanda Dorado |
| CC. 1010242019 | TP. 1010242019 | CC. 36.380.700 |
| Celular: 3112431071 | | Celular: 3112035890 |
| Correo electrónico:<br>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




LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 3 de 3 |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| PERSONAL | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | X | |
| Maquina de Afeitar | X | |
| Desodorante | X | |
| Toallas higiénicas | X | |
| Peinilla o cepillo | X | |
| Tapabocas dos unidades por cada niño | X | |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| USO COMUN | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Crema de manos y cuerpo | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champú | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | X | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Juan José Pari

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Sonia Dorado

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Cristian Cuesta A.



Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 2 de 3 |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS | | |
|---|---|---|
| PERSONAL | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | X | |
| Peinilla o cepillo | X | |
| Tapabocas dos unidades por cada niño | X | |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS | | |
|---|---|---|
| USO COMUN | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Crema de manos y cuerpo | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champú | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | X | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.



Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

## LISTA DE CHEQUEO

## VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

**Nombre responsable unidad de servicio:** Hansuda Dorado

**Dirección:** Calle 3 Sur # 7-13 B/ camilo Torres

| No. | Condición Habitacionales | Cumple | No cumple |
|---|---|---|---|
| 2 | Sin goteras. | X | |
| 3 | Sin grietas. | X | |
| 4 | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos. | X | |
| 5 | Puertas seguras y con buen mantenimiento. | X | |
| 6 | Sin humedad. | X | |
| 7 | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas. | X | |
| 8 | Ventilación e iluminación natural. | X | |
| 9 | No debe haber olores fuertes o desagradables. | X | |
| 10 | Baños con adecuado sistema de agua y ventilación. | X | |
| 11 | Baños con puertas seguras. | X | |
| 12 | Sanitarios en perfecto estado. | X | |
| 13 | Espejos en perfecto estado. | X | |
| 14 | Las áreas deben estar en perfecto orden. | X | |
| 15 | No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas. | X | |
| 16 | Las escaleras no deben tener grietas. | X | |
| 17 | Las escaleras deben tener pasamanos. | X | |
| 18 | Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes. | X | |
| 19 | Los balcones deben tener protección. | X | |
| 20 | Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente. | X | |
| 21 | Los cables deben estar cubiertos. | X | |
| 22 | Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes. | X | |
| 23 | El techo debe ser seguro, sin riesgos. | X | |
| 24 | Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes. | X | |

Powered by CamScanner

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
**NIT: 901496702-9**
**Calle 11 N 3 -80**
**Cel. 3206193497**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad. | X | |
| 26 | Paredes limpias. | X | |
| 27 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |
| 28 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | X | |
| 29 | En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización. | X | |
| 30 | La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados. | X | |
| 31 | Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | X | |
| 32 | Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 33 | Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 34 | Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 35 | Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 36 | Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 37 | Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 38 | Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 39 | Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 40 | Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave. | X | |
| 41 | La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 42 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | X | |
| 43 | En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas ) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES

La Unidad de servicio cuenta con los elementos de protección pertenente, condiciones de higiene y aseo.

Powered by CamScanner

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
**NIT: 901496702-9**
**Calle 11 N 3 -80**
**Cel. 3206193497**

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Cristian Camilo A. | Sanda Dorado |
| Firma de la persona que realiza la verificación: Cristian Camilo A. | Firma: Sanda Dorado |
| CC. 1002420 T.P 1010241019 | C.C 36 3[illegible] 400. |
| Celular: 3112431071 | Celular: 311 2035880 |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: [illegible] |

Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 1 de 1 |

**CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO**

| FECHA DE LA VISITA | 27-03-2025 | CENTRO ZONAL | la plata. |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA | Monsalva 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? | | | |

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:

la Unidad No cuenta con Bienestarina

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| Sonia Dorado. | Cristian Camilo Arias |



Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | Versión1 FEPEC-0018- 01/01/2022<br>FECHA DE APROBACION 01/01/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 27-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Miryanda Dorado

CENTRO ZONAL: La Plata

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo 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. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita? | X | | | |
| | X | | | |

| OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda) | SI | NO |
|---|---|---|
| 5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada? | | |
| 6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y 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:

Sandra Dorado
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

# FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

**Fecha de visita:** 27/03/2025

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 | CC | Celular |
|---|---|---|
| CRISTIAN CAMILO ARIAS | 1010242019 | 3112431071 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | | |
|---|---|---|
| 26/03/2025 | Erica Katherine. Rodriguez | ICBF. |

## 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.




Powered by CamScanner

| Responsable del Hogar | CHIMBACO | MARÍN | MIREYA |
|---|---|---|---|
| | Identificación: 36.383.845 | | |
| Dirección: Calle 5 A Sur N° 17-24 | | Tel. Fijo No tiene | Celular 314-4829482 |
| Barrio: Nuevo Horizonte | | Correo electrónico: m.chimbaco@gmail.com | |

## 2. OBJETIVO DE LA VISITA

| Seguimiento periódico | x | Plan Mejoramiento[2] | | Seguimiento extraordinario | |
|---|---|---|---|---|---|

## 3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

| N° | Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D. | Fecha de nacimiento | No. identificación | No. SIM | Fecha ingreso a la Unidad de Servicio | Autoridad que adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | JUAN CARLOS PAZ QUILINDO | 17/02/2013 | T.I 1081415451 | 23434646 | 28/02/2023 | SEGUNDA/ELIANA MERCEDES ALVAREZ |
| 2 | LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO | 8/06/2011 | T.I 1081412013 | 23438091 | 21/07/2023 | ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA |
| 3 | NELLY COMUENDO MORALES | 12-09-2010 | T.I 1.026.578.853 | 33440445 | 8/10/2014 | ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA |

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.



Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Goza de un buen estado nutricional. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Adopta hábitos alimenticios saludables. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Cuenta con la vinculación al sistema de educación. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |
| Cuenta con el respectivo documento de identidad. | SI X No | SI X No | SI X No | Si No | Si No |




Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Recibe atención psicosocial. | SX No | SX No | SX No | Si No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

- Juan Carlos: tuvo seguimiento por psicología general el 25-02-2025, tiene control en 1 mes, • risperidona Respiridona 1 mg antes de dormir, ha tenido comportamiento regular. por tomar el espejo de un vecino.
- Luisa: Probablemente la fluoxetina le está causando la Prolactina alta, expulsa líquido blanco por los dos senos, la MS la llevo al hospital el medico le mermo la dosis del medicamento a 2 cc al día, y respiridona 0,5 mg en la noche, tiene pendiente cita por psiquiatra 28-03-2025, odontología 20-06-2025, tuvo Psicología 10-03-2025, tiene control psicología clínica c/2 meses por consulta externa, psicología general 25-03-2025 control c/3 meses.
- Nelly: tiene pendiente en el resección de tumor benigno en el Hospital pendiente cirugía (fecha y hora) el hospital ya tiene los documentos.

**4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Mantiene contacto con su familia y/o red vincular. | Si NX | Si NX | SiX No | Si No | Si No |
| Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales. | SX No | SX No | SiV No | Si No | Si No |



Powered by CamScanner

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Realiza prácticas de autoprotección. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Realiza prácticas de autocuidado. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |
| Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos. | Si X No | Si X No | Si X No | Si No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

- Juan Carlos: Es organizado, consume todos los alimentos, hurto un equipo donde un recino y se lo trajo para la unidad de fauna →




Powered by CamScanner

Participa en talleres artesanal extracurricular, Asiste cita por Psicología 26-03-2025 en Bogota. • Juan! Es la vinculada a dibujo, en cultivarte, inglés, fotografía. • Nelly! Esta vinculada a guitarra en la casa de la cultura los lunes, martes y miercoles.

## 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:**

- Juan Carlos! La Carpeta esta actualizada y legajada correctamente.
- Julian! La carpeta esta actualizada y legajada correctamente
- Nelly! La carpeta esta debidamente archivada, no cuenta



Powered by CamScanner

con boletin debido a que se encuentra validando en la I.E Miguel Pastrana Borrero. los grados sexto, Septimo y octavo, solo cuenta con certificado escolar, esta Proximo a culminar texto por medio de guias que suministra el Colegio.

| 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 la dotacion en optimas condiciones de uso, aseo e higiene.

| 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 | | |



Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 MS se encuentra organizada.
-La red de apoyo Natalia Chimbaco tiene vencido el certificado Medico, la demás información se encuentra actualizada a la fecha, el señor Norbey Chimbaco fue egresado de la composición familiar por voluntad y decisión de la MS.

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

| | |
|---|---|
| **SI** X | Si el área o espacio cuenta con la condición. |
| **NO** | Si el área o espacio no cuenta con la condición. |




Powered by CamScanner

| | En óptimo estado de aseo | Sin goteras | Sin grietas | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos | Sin humedad | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas | Ventilación e iluminación natural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cocina | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Despensa | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Comedor | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Sala | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Lavandería | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Dormitorios | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Baños | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Espacio de estar | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |

**4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:**

La Unidad de servicio se encuentra en optimas condiciones de aseo, higiene y asepsia. los alimentos rotulados debidamente, alacena con alimentos, espacios iluminados, con ventilación natural




Powered by CamScanner

**COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS** (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros).

- Se recomienda a los NNA actualizar certificado medico de la red de apoyo clotalia chamico.
Continuar garantizando los pagos de los viajes y dar a conocer cualquier eventualidad que se presente con los usuarios que le el operador y autoridades Administrativas.

**Actividades desarrolladas en la visita:**

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- X Diálogo con miembros de la familia.
- X Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- X Observación a vivienda, dotación, otros

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- X Condiciones satisfactorias
- _____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- _____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- _____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita<br>CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS | | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita<br>MIREYA CHIMBACO MARIN |
|---|---|---|
| Firma de la persona que realiza la visita<br>Cristian Camilo Arias | | Firma de la persona que recibe la visita<br>Mireya Chimbaco |
| CC. 1010242019 | TP.1010242019 | CC. 36.303.845 |
| Celular: 3112431071 | | Celular: 3143030166 |
| Correo electrónico:<br>yotecuidofundacionsocial@gmail.com | | Correo electrónico:<br>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**




Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN 1 PSVFO-6003- 01/03/2022<br>FECHA DE APROBACIÓN 01/03/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 27-03-2023

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Mireya Chimbaco

CENTRO ZONAL: la plata

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristian Camilo Ariza

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

| ASPECTO A EVALUAR | MUY BUENO | BUENO | REGULAR | A MEJORAR |
|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional? | X | | | |
| 2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita? | X | | | |
| 3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realizo la visita? | X | | | |
| 4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita? | X | | | |
| 5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita? | X | | | |
| | | | | |

| OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda) | SI | NO |
|---|---|---|
| 5. ¿El profesional socializo de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada? | X | |
| 6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita? | X | |
| 7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita? | X | |
| 8. ¿El profesional al ingresarse por la vivienda, solicita permiso? | X | |
| 9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita? | X | |

Observaciones de la Madre Sustituta:

Mireya Chimbaco.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 1 de 1 |

**CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO**

| FECHA DE LA VISITA | 27/03/2025 | CENTRO ZONAL | la planta |
|---|---|---|---|

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA

Mireya Chimbaco.

| | 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:

la unidad de Servicio no cuenta con bienestarina

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| Mireya Chimbaco | Cristian Camilo Arias |



Powered by CamScanner

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

## LISTA DE CHEQUEO

## VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

**Nombre responsable unidad de servicio:** Mireya Chumbaco

**Dirección:** Calle 3 A sur # 17-24 B/ Nuevo Horizonte

| No. | Condición Habitacionales | Cumple | No cumple |
|---|---|---|---|
| 2 | Sin goteras. | X | |
| 3 | Sin grietas. | X | |
| 4 | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos. | X | |
| 5 | Puertas seguras y con buen mantenimiento. | X | |
| 6 | Sin humedad. | X | |
| 7 | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas. | X | |
| 8 | Ventilación e iluminación natural. | X | |
| 9 | No debe haber olores fuertes o desagradables. | X | |
| 10 | Baños con adecuado sistema de agua y ventilación. | X | |
| 11 | Baños con puertas seguras. | X | |
| 12 | Sanitarios en perfecto estado. | X | |
| 13 | Espejos en perfecto estado. | X | |
| 14 | Las áreas deben estar en perfecto orden. | X | |
| 15 | No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas. | X | |
| 16 | Las escaleras no deben tener grietas. | X | |
| 17 | Las escaleras deben tener pasamanos. | X | |
| 18 | Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes. | X | |
| 19 | Los balcones deben tener protección. | X | |
| 20 | Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente. | X | |
| 21 | Los cables deben estar cubiertos. | X | |
| 22 | Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes. | X | |
| 23 | El techo debe ser seguro, sin riesgos. | X | |
| 24 | Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes. | X | |

Powered by CamScanner

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
**NIT: 901496702-9**
**Calle 11 N 3 -80**
**Cel. 3206193497**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad. | X | |
| 26 | Paredes limpias. | X | |
| 27 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | X | |
| 28 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | X | |
| 29 | En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización. | X | |
| 30 | La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados. | X | |
| 31 | Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | X | |
| 32 | Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 33 | Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 34 | Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 35 | Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 36 | Lavandería en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 37 | Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 38 | Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 39 | Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección | X | |
| 40 | Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave. | X | |
| 41 | La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes. | X | |
| 42 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | X | |
| 43 | En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas ) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | X | |

OBSERVACIONES

la unidad cuenta con todos los requisitos y elementos de protección, higiene y aseo.

Powered by CamScanner

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
**NIT: 901496702-9**
**Calle 11 N 3 -80**
**Cel. 3206193497**

| Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación | Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita |
|---|---|
| Cristian Camilo Arias | Mireya Chimbaco |
| Firma de la persona que realiza la verificación: Cristian Camilo A. | Firma: Mireya Chimbaco |
| CC. 1060472099 T.P 1060472010 | C.C 36.393.848 |
| Celular: 3124721091 | Celular: 3143030166 |
| Correo electrónico: | Correo electrónico: mchimbaco@gmail.com |

Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 3 de 3 |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| PERSONAL | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | X | |
| Maquina de Afeitar | X | |
| Desodorante | X | |
| Toallas higiénicas | X | |
| Peinilla o cepillo | X | |
| Tapabocas dos unidades por cada niño | X | |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| USO COMUN | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Crema de manos y cuerpo | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champù | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | X | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Juan Carlos Paz Quilindo

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Yuvega Chimbaco

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Cristian Camilo A.



Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 3 de 3 |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| PERSONAL | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | X | |
| Maquina de Afeitar | X | |
| Desodorante | X | |
| Toallas higiénicas | X | |
| Peinilla o cepillo | X | |
| Tapabocas dos unidades por cada niño | X | |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| USO COMUN | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Crema de manos y cuerpo | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champú | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | X | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotacion |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Luisa Fernanda paz Quilindo

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Hireya Chumbaco

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Cristian Camilo Arias



Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 3 de 3 |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| PERSONAL | | |
| **ELEMENTO** | **SI** | **NO** |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | X | |
| Maquina de Afeitar | X | |
| Desodorante | X | |
| Toallas higiénicas | X | |
| Peinilla o cepillo | X | |
| Tapabocas dos unidades por cada niño | Y | |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| USO COMUN | | |
| **ELEMENTO** | **SI** | **NO** |
| Crema de manos y cuerpo | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champú | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | X | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Cuenta con la dotación |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Nelly Camuendo

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Mireya Chimbaco

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Cristian Camilo A



Powered by CamScanner

# FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR[1]

**Fecha de visita:** 18/03/2025.

| Hogar Sustituto | Vulneración | Discapacidad | Tutor |
|---|---|---|---|
| | [redacted] | [redacted] | |

| Hogar de paso | Familiar | Casa hogar |
|---|---|---|
| | | |

Regional Huila_____ Centro Zonal La plata_____

**Entidad que realiza el seguimiento:**

| | | |
|---|---|---|
| FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO | CALLE 13 N° 5 E 34 BARRIO VILLA DEL PRADO | 3107865661 |

**Profesional que realiza el seguimiento:**

| | | |
|---|---|---|
| SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ | CC 1081397052 | 3147988239 |

**Última visita de seguimiento al Hogar:**

| Fecha visita | | FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO |
|---|---|---|
| 18/02/2025. | Cristian Camilo Arias. | |

[1] (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.


Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Responsable del Hogar** | 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 adoptó la medida |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | JUAN CARLOS RAMÍREZ MUÑOZ | 4/09/1982 | 12282240 | 23404106 | 7/10/2019 | DEFENSORÍA SEGUNDA |
| 2 | DENCY CARINACUNACUE YUGUE | 25-03-2020 | R.C. 1081618593 | 23439254 | 09-04-2024 | ALONSO MARTINEZ PULIDO/ DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA |

[2] Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.



Powered by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida. | SI X No | SI X No | SI X No | SI X No | Si No |
| Cuenta con el respectivo documento de identidad. | SI X No | SI X No | SI X No | SI X No | Si No |
| Recibe atención psicosocial. | SI X No | SI X No | SI X No | SI X No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

**4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:**

Juan Carlos: cuenta con entorno familiar al día, Pendiente asignación de cita por odontología, continua tomando ansiolítico, respondiendo y acude voluntariamente, las reglas a similar muy bien, su comportamiento es adecuado y hace actividades de acuerdo a sus capacidades.
Daniel: atenciones en salud al día, Pendiente asignar cita por nutrición, Esquema de vacunación al día, Inicio etapa escolar Institución educativa Jorge Eduardo durán Rojo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Mantiene contacto con su familia y/o red vincular. | Si NO X | SI X No | SI X No | Si X No | Si No |
| Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales. | SI X No | SI X No | SI X No | Si X No | Si No |
| Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo | SI X No | SI X No | SI X No | Si X No | Si No |



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | LUCIANA CUNACUE YUGUE | 05-04-2018 | R.C 1081423813 | 1763995826 | 09-04-2024 | ALONSO MARTINEZ PULIDO/ DEFENSORIA PRIMERA DE FAMILIA |
| 4 | BRAYAN STIVEN ORTIZ GUZMAN | 7/04/2008 | T.I 1117264016 | 235100334 | 11/12/2024 | COMIDARIA DE SAN AGUSTIN |
| 5 | | | | | | |

* Anule los renglones no utilizados

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

### 4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud. | SI X No | SI X No | SI X No | Si X No | Si No |
| Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud. | SI X No | SI X No | SI X No | Si X No | Si No |
| Goza de un buen estado nutricional. | SI X No | SI X No | SI X No | Si X No | Si No |
| Adopta hábitos alimenticios saludables. | SI X No | SI X No | SI X No | Si X No | Si No |
| Cuenta con la vinculación al sistema de educación. | SI No X | SI X No | SI X No | Si X No | Si No |
| Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje. | SI No X | SI X No | SI X No | Si X No | Si No |



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

## 4.3. DOCUMENTACIÓN

| DOCUMENTACIÓN | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Carpeta legajada | X | | X | | X | | X | | | |
| Acta de colocación | X | | X | | X | | X | | | |
| Valoración/Seguimiento Trabajo Social | X | | X | | X | | X | | | |
| Valoración/Seguimiento Psicológica | X | | X | | X | | X | | | |
| Valoración/Seguimiento Nutricional | X | | X | | X | | X | | | |
| Valoración Médica | X | | X | | X | | X | | | |
| Fórmulas Médicas | X | | X | | X | | X | | | |
| Carné de Salud | X | | X | | X | | X | | | |
| Citas Médicas | X | | X | | X | | X | | | |
| Registro Civil | X | | X | | X | | X | | | |
| Documento de Identidad | X | | X | | X | | X | | | |
| Boletines Escolares – del periodo actual cursado | X | | X | | X | | X | | | |
| Registro de Experiencias –con fecha de último registro | X | | X | | X | | X | | | |
| | X | | X | | X | | X | | | |

**Observaciones:**

Documentacion de cada usuario actualizada y segun las atenciones de cada usuario.

Brayan: cuenta con las atenciones en salud al dia, pero con notificacion PS con diagnostico bajo peso para la edad, remitido para Pisdagogia clinica.

| 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 | | | |




Powered by CamScanner

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| plazo. | | | | | |
| Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. | SI X No | SI X No | SI X No | SI X No | Si No |
| Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones. | SI X No | SI X No | SI X No | SI X No | Si No |
| Realiza prácticas de autoprotección. | SI X No | SI X No | SI X No | SI X No | Si No |
| Realiza prácticas de autocuidado. | SI X No | SI X No | SI X No | SI X No | Si No |
| Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos. | SI X No | SI X No | SI X No | SI X No | Si No |

**Descripción general de lo encontrado:**

Lectura: ortencia en sal-el cd día, continuar con tratamiento de odontología para 19 de marzo tiene cita asignada, Pendiente pasar por Psicología clínica, fecha asignada por el hospital, se esta tramitando cita para prueba cognitiva, Pendiente pasar por noticia EPS. para el 19 de marzo, En Psicología fue remitida a Psicología clínica/vinculación intervención educativa para adecuado abuso en grado primero.



Powered by CamScanner

**Revisión de espacios:**

**En cada casilla coloque**

| | |
|---|---|
| SI | Si el área o espacio cuenta con la condición. |
| NO | Si el área o espacio no cuenta con la condición. |

| | En óptimo estado de aseo | Sin goteras | Sin grietas | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos | Sin humedad | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas | Ventilación e iluminación natural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cocina | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Despensa | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Comedor | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Sala | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Lavandería | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Dormitorios | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Baños | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Espacio de estar | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |




Powered by CamScanner

**Observaciones** (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los uniformes cuentan con su dotación al día y con buen uso de la misma.

| 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 documentación de la carpeta de la madre sustituta al día, se recomienda no olvidar sacar examenes ocupacionales y manipulación de alimentos que vencen en abril.



Powered by CamScanner

**4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:**

las condiciones de aseo y orden de la unidad de lactancia son buenas, se hacen recomendaciones mínimas respecto al orden del cuarto Bracken respecto a sus cosas personales.

**5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS** (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

No se dejan hallazgos.

**Actividades desarrolladas en la visita:**

- X Diálogo individual con niñas, niñas y adolescentes en PARD.
- X Diálogo grupal con niñas, niñas y adolescentes en PARD
- X Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ____ Diálogo con miembros de la familia.
- ____ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ____ 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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

X Condiciones satisfactorias
_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
_____ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

| SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ | | Rosalba Serrato |
|---|---|---|
| **Firma de la persona que realiza la visita** | | **Firma de la persona que recibe la visita** |
| Shirley Gonzalez. | | Rosalba Serrato Vargas |
| **CC.1081397052** | **TP. 172058** | **CC.** 36376687 |
| **Celular: 3147988239** | | **Celular:** 3222408941 |
| **Correo electrónico: f.fundariaplata@gmail.com** | | **Correo electrónico:** rosalbaserrato421@gmail.com |

**Notas:**

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ **La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.**


Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 2 de 3 |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS | | |
|---|---|---|
| PERSONAL | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | X | |
| Peinilla o cepillo | X | |
| Tapabocas dos unidades por cada niño | X | |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS | | |
|---|---|---|
| USO COMUN | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Crema de manos y cuerpo | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champú | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | X | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Desea cuenta con su dotacion a la hora y buen uso. |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** No firma.

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:** Rosalba Serrato Vargas

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Shirley Gonzalez.



Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 2 de 3 |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS | | |
|---|---|---|
| PERSONAL | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | X | |
| Peinilla o cepillo | X | |
| Tapabocas dos unidades por cada niño | X | |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS | | |
|---|---|---|
| USO COMUN | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Crema de manos y cuerpo | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champú | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | X | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Lucia cuenta con todo en buen estado. |

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Rosalba Serrato Vargas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Nancy Gonzalez



Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 3 de 3 |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| PERSONAL | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | X | |
| Maquina de Afeitar | X | |
| Desodorante | X | |
| Toallas higiénicas | | X |
| Peinilla o cepillo | X | |
| Tapabocas dos unidades por cada niño | X | |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| USO COMUN | | |
| ELEMENTO | SI | NO |
| Crema de manos y cuerpo | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champú | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | X | |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Brayan Cuenta con su dotacion al dia y adecuadamente. |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** Brayan Steven Ortiz Guzman

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Rosalba Serrato Vargas

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Shirley Contreras.



Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 3 de 3 |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| **PERSONAL** | | |
| **ELEMENTO** | **SI** | **NO** |
| Jabón | X | |
| Cepillo dental | X | |
| Ceda dental | X | |
| Maquina de Afeitar | X | |
| Desodorante | X | |
| Toallas higiénicas | | X |
| Peinilla o cepillo | X | |
| Tapabocas dos unidades por cada niño | X | |

| DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONALPARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS | | |
|---|---|---|
| **USO COMUN** | | |
| **ELEMENTO** | **SI** | **NO** |
| Crema de manos y cuerpo | X | |
| Bloqueador solar | X | |
| Champú | X | |
| Crema dental | X | |
| Papel Higiénico | X | |
| Gel Antibacterial | X | |
| Cepillo y betún para zapatos | | X |

| OBSERVACION GENERAL |
|---|
| Juan Carlos tiene 10 Observaciones al día y buen aseo. |

**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO:** No firma.

**FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :** Rosalba Serrato

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:** Shirley G



Powered by CamScanner

| FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO | FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA | FECHA DE APROBACION | 01/08/2022 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022 | Página 1 de 1 |

**CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO**

| FECHA DE LA VISITA | 18/08/2025 | CENTRO ZONAL | La Plantea. |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA | | | |
| Rosalba Serrato | | | |

| | SI | NO: | UNIDAD AAVN | LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN? | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

| | SI | NO: | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| ¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO? | ✓ | ✓ | ✓ |

COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:
La madre sustituta refiere la importancia del alimento y la leche que le hace, por tanto solicita se haga entrega para este año.

| FIRMA MADRE SUSTITUTA | NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|
| Rosalba Serrato Vargas | Shirley Gentlet. |



Powered by CamScanner

| | FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION<br>VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS | VERSIÓN 1 FSVTC-0016- 01/08/2022<br>FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022 |
|---|---|---|

FECHA: 18 | 03 | 2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Roxilba Serrato

CENTRO ZONAL: La Plata.

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Contulet.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

| ASPECTO A EVALUAR | MUY BUENO | BUENO | REGULAR | A MEJORAR |
|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional? | X | | | |
| 2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita? | X | | | |
| 3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita? | X | | | |
| 4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita? | X | | | |
| 5. ¿ Como fue el trato del profesional que realizo la visita? | X | | | |
| | X | | | |

| OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda) | SI | NO |
|---|---|---|
| 5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada? | X | |
| 6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jovenes durante la visita? | X | |
| 7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita? | X | |
| 8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso? | X | |
| 9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita? | X | |

Observaciones de la Madre Sustituta:

Rosalba Serrato Vargas

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

Powered by CamScanner

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
**NIT: 901496702-9**
**Calle 11 N 3 -80**
**Cel. 3206193497**

## LISTA DE CHEQUEO

## VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

**Nombre responsable unidad de servicio:** Rosalba Serrato

**Dirección:** cra 9 # 9-59

| No. | Condición Habitacionales | Cumple | No cumple |
|---|---|---|---|
| 2 | Sin goteras. | X | |
| 3 | Sin grietas. | X | |
| 4 | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos. | X | |
| 5 | Puertas seguras y con buen mantenimiento. | X | |
| 6 | Sin humedad. | X | |
| 7 | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas. | X | |
| 8 | Ventilación e iluminación natural. | X | |
| 9 | No debe haber olores fuertes o desagradables. | X | |
| 10 | Baños con adecuado sistema de agua y ventilación. | X | |
| 11 | Baños con puertas seguras. | X | |
| 12 | Sanitarios en perfecto estado. | X | |
| 13 | Espejos en perfecto estado. | X | |
| 14 | Las áreas deben estar en perfecto orden. | X | |
| 15 | No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas. | X | |
| 16 | Las escaleras no deben tener grietas. | N/A | |
| 17 | Las escaleras deben tener pasamanos. | N/A | |
| 18 | Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes. | N/A | |
| 19 | Los balcones deben tener protección. | N/A | |
| 20 | Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente. | X | |
| 21 | Los cables deben estar cubiertos. | X | |
| 22 | Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes. | X | |
| 23 | El techo debe ser seguro, sin riesgos. | X | |
| 24 | Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes. | X | |

Powered by CamScanner

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**
**NIT: 901496702-9**
**Calle 11 N 3 -80**
**Cel. 3206193497**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad. | 1 | |
| 26 | Paredes limpias. | 1 | |
| 27 | Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables. | 1 | |
| 28 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección. | 1 | |
| 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. | 1 | |
| 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. | 1 | |
| 31 | Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños. | 1 | |
| 32 | Cocina en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 33 | Despensa en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 34 | Comedor en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 35 | Sala en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 36 | Lavanderia en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 37 | Dormitorios en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 38 | Baños en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 39 | Espacio de estar en optimas condiciones de limpieza y desinfección | 1 | |
| 40 | Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras , bisturí, navajas, lancetas) se encuentra en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, bajo llave. | 1 | |
| 41 | La herramienta que se utiliza para actividades agrícolas como machetes , cuchillos grandes, y demás , se encuentran en un espacio bajo seguro, que no permiten el alcance de los niños, niñas y adolescentes. | 1 | |
| 42 | Los medicamentos están almacenados en un espacio libre de humedad, calor, el manejo es responsabilidad de la madre sustituta , y se logra verificar bajo el formato de registro de medicamentos. | 1 | |
| 43 | En la unidad de servicio no se encuentra armas de dotación (revolver o armas traumáticas ) que generen algún tipo de riesgo en el medio familiar sustituto. | 1 | |

OBSERVACIONES

La Unidad de Servicio cumple con las condiciones habitacionales.

Powered by CamScanner