

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

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

Fecha de visita: 28/03/2015

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

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

Regional _____ HUILA _____ Centro Zonal _____ LA PLATA _____

Entidad que realiza el seguimiento:

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

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
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
17/03/2015	Enca Katherine	(CBF)

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	Primer apellido CALDERON	Segundo Apellido USECHE	Nombres WILSON
Identificación: 12271884			
Dirección: Calle 19 No. 1AE - 04		Tel. Fijo NO REFIERE	Celular 3103311759 - 3154138976
Barrio: Ciudadela San Miguel		Correo electrónico: calderonusechewilson@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	MAUREN STEFANY GONZALEZ CAMPOS	02-05-2009	T.I 1059765782	23439965	08-08-2024	DEFENSORIA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
2	SHARIT TATIANA MOSQUERA TITIMBO	09-03-2019	REGISTRO CIVIL 1080267595	1764277737	6-09-2024	DEFENSORIA PRIMERA/ALONSO MARTINEZ
3	LUISA FERNANDA PARRA MEDINA	7/10/2021	REGISTRO CIVIL 1080268464	23439972	2º-08-2024	DEFENSORIA PRIEMRA/ALONSO MARTINEZ
4	ZAHIR ALAHIAN	21/11/2024	REGISTRO CIVIL	23352234	26/02/2025	COMISARIA DE FAMILIA AGRADO-

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 3 de 10

	DURAN PIZO		1079392844			HUILA
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

- Maureen: tiene pendiente odontología 31-03-2025, vacunas 25-04-2025, control jawel mayo cuando cumpla 16 años, psicología Mayo.
- Sharif: Psicología en junio, Higiene oral junio, odontología 31-03-2025.
- Levi Poiré: Control en Abril, Nutrición junio, odontología mayo, higiene oral abril.
- Zahir Alahuan: Nutrición 20- tuvo 12 meses, control primera infancia a marzo, vacunas tuvo 21 meses, pendiente Pechatris.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

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

Descripción general de lo encontrado:

- **Mayera:** recibe E.B con la línea materna, cuenta con todos los procesos, participa en bisiteria, es malgenada pero se le para, responsable con el estudio. • **Shant:** recibe E.B con el padre, cuenta con todos los procesos, está en cultwarte, es mentiroso, raya las paredes, la más la cuenta. • **Luis:** recibe E.B con la abuela, no aplica por la edad para actividad extracurricular, en reportamiento ha estado peleando en el hogar infantil, actúa de acuerdo a la edad. • **Zaher:** consume los alimentos, duerme bien, no ha presentado complicaciones en salud. Está bien nutricionalmente.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	☒		☒		☒		☒		☒	
Acta de colocación	☒		☒		☒		☒		☒	

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

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

Observaciones:

- Mauren! Cuenta con toda la documentación actualizada a la fecha y registro de experiencias bien diligenciado.
- Shant! Cuenta con toda la documentación actualizada, registro de experiencias bien diligenciado.
- Luba! No cuenta con boletín escolar debido a que aun esta en hogar infantil.
- Zahir! la documentación esta actualizada a la fecha, no cuenta con boletín debido a la edad.

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

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

Los usuarios cuentan con la dotación en óptimas condiciones de aseo y uso personal, Zahir no cuenta

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

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

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

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

con dotación exacta debido a la edad.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

La Unidad de Servicio se encuentra en óptimas condiciones de aseo, orden y asepsia, los

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

alimentos debidamente rotulados, la docena con
alimentos en óptimas condiciones de consumo.

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

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

Observaciones:

La carpeta de la MS se encuentra actualizada,
legada y archivada correctamente a la
fecha. La documentación de las redes de
apoyo y composición familiar actualizada.

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

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

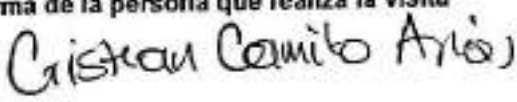
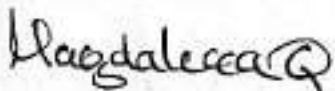
 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

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

No se dejan hallazgos.
Se recomienda al Padre Sustituto dar a conocer al Operador y Autoridades Administrativas cualquier eventualidad que se presente con los usuarios.

Actividades desarrolladas en la visita:	
☒	Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒	Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒	Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☒	Diálogo con miembros de la familia.
☒	Diálogo con vecinos, instituciones, otros.
☒	Observación a vivienda, dotación, otros.
Resultados de la Visita: (Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)	
☒	Condiciones satisfactorias
☐	Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐	Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐	Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		WILSON CALDERON USECHE	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
			
CC.1010242019	TP 1010242019	CC. 12271864	
Celular: 3112431071		Celular: 3217612621	
Correo electrónico: yoteculdofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: calderonusechewilson@gmail.com	

Notas:

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1501 DE 2012

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	26/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Wilson Calderon			
	SI	NO:	
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
No cuenta con Bienestarina			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Hagedalucia D Red de apoyo		Cristian Camilo A.	

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



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

LISTA DE CHEQUEO

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

Nombre responsable unidad de servicio: Wilson Calderon

Dirección: Calle 19 # 19E-04.

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



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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran 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 óptimas condiciones de aseo.



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 Ariza		Wilson Calderón	
Firma de la persona que realiza la verificación		Firma	
Cristian Camilo A.		Hagdalca	
cc. 10062019	T.P. 10062019	cc. 17271864	
Celular: 311243071		Celular:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 PSYTC-003- 01/03/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/03/2022			
		FECHA: <u>28/03/2025</u> NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: <u>Carla Bon Obdora</u> CENTRO ZONAL: <u>La Plata</u> NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: <u>CRISTIAN CAMILO LUNA</u>			
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)					
ASPECTO A EVALUAR		MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?		X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realizó la visita?		X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?		X			
		X			
				SI	NO
5. ¿El profesional socializó de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?				X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?				X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?				X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?				X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?				X	
Observaciones de la Madre Sustituta:					
<u>El profesional fue respetuoso, realiza bien la visita.</u> <u>Magdalena A.</u> FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA					

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

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

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

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

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

OBSERVACION GENERAL

Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Mauren Gonzalez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Magdalena G

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Arango

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

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Creata con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Magdalena Q
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

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

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Angela P
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Cermeño A

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

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Magdalena R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A

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

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

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

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

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 21/03/2025	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita Diana Paola Puliche	Entidad que realizó la visita ICBF.
--------------------------------	--	--

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

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

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

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

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

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido ARANDIA	Segundo Apellido MARTINEZ	Nombres YOHAI RA
	Identificación: 55.131.290		
Dirección: CARRERA 2 N° 9-15		Tel. Fijo	Celular 3166034632
Barrio: BARRIO BELLO HORIZONTE		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	KAREN SOFIA CACERES ARGOTY	23/11/2010	T.I 1.145.826.215	23439056	7/03/2024	COMISARIA DE FAMILIA LA ARGENTINA/ ALEXIS NICOLAY PATIÑO
2	DANIELA ALEJANDRA VILLAMIL	10/10/2009	T.I 1081408637	23438475	28/12/2023	COMISARIA DE SAN AGUSTIN
3	MELANY FRANCENETH PLAZAS SILVA	23/06/2008	T.I 1076506124	23698771	4/03/2025	COMISARIA DE FAMILIA VILLAVIEJA
4	SEBASTIAN TAMAYO PARRA	30/11/2013	T.I 1082129516	SIN INFORMACION	7/03/2025	COMISARIO DE GUADALUPE

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

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

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

5	INGRID LORENA MUSE ALONSO	14/10/2024	R.C. 1.062.096.627	23441400	25/03/2025	DEFENSORIA SEGUNDA DE FAMILIA/ELIANA ALVAREZ
---	---------------------------	------------	--------------------	----------	------------	--

* Anule los renglones no utilizados.

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 10

Recibe atención psicosocial	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
-----------------------------	--	--	--	--	--

Descripción general de lo encontrado:

Karen: Cuenta con atención de salud al día, higiene oral para el 4 de agosto del 2021, tratamiento de odontología terminado, control del juez por toxicología del 2021, cita por Psiquiatría para el 2 de abril, control de Psicología de abiliación en Psicología clínica para el 11 de abril. Vinculada extrajudicialmente. Pendiente una atención extra.

Dhicki: Atención en salud al día, higiene oral para julio, tratamiento de odontología terminado, control del juez por 16 de mayo, Psiquiatría extra pendiente para alinear, Neurología pendiente para alinear, he en unión familiar, Psicología 30 de abril vinculada al sistema extra. Luis combi hijo.

Melany: Atención en salud al día, vinculada a familia con atención en la plaza. Rizo por madre general, atención en psicología 1 de abril, pendiente trabajo extrajudicial, para tratamiento de odontología para control del juez sin vinculación al sistema extra por determinación de la administración. Cita a extrajudicialmente.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐

Descripción general de lo encontrado:

Sujetos: niños que se encuentran en medidas hospitalarias en la Clínica Hord de Nueva ciudad recibe tratamiento por epilepsia y demás especialidades, vinculado a la EPS Asimeth Salud concatenando en la práctica. Ingresó: ingreso a la ciudad el 25 de marzo y se actualizan atenciones en salud según el 1 de abril, con las especialidades de medicina general, odontología, control del peso y psicología.

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Cada uno de los usuarios cuenta con sus atenciones en
 el área del caso y cuenta con su documentación requerida
 según atenciones que cada uno requiere.

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F 14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

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)

Karen, Matilyn y no tienen dotación exacta debido que con respecto al sistema educativo, Ingrid se le ha solicitado dotación inicial debido que ingresó el 25 de mayo y se está dentro de lo terminado.

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

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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

Observaciones:

Documentación al día y correctamente.

Handwritten notes and signatures on lined paper.

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

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 condiciones adecuadas de
aseo y orden, alimentaciones adecuadas para la
alimentación de los usuarios, dormitorios en orden, la
ropa de los usuarios debida y limpia, cada cuarto
cumple con funciones para aportar al orden y aseo de
la unidad.

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

sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

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

F14 MO4.P

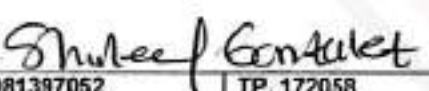
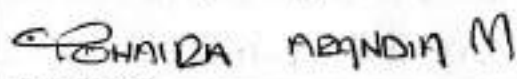
27/07/2021

Versión 1

Página 10 de
10**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita YOHAI RA ARANDIA MARTINEZ	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1081397052	TP. 172058	CC. 55131290	
Celular: 3147988239		Celular: 3166034632	
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com	

Notas:

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

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

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

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

1581 DE 2012

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

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

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

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 17/03/2025	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita Diana Paola Poliche	Entidad que realizó la visita ICBF
--------------------------------	--	---

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

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

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒Plan Mejoramiento² ☐Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE
RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL
MOMENTO DE LA VISITA**

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	INGRID LORENA MUSE ALONSO	11/08/2007	TJ 1.052.080.825	23441400	25/03/2025	DEFENSORIA SEGUNDA DE FAMILIA/ELIANA ALVAREZ
2						
3						
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 10

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Descripción general de lo encontrado:**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1361 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 10

Brenda: Se le hizo traslado a la EPS Nueva para atenciónes en Subel en el municipio de la Plata, integrado al hogar sustituto el 25 de marzo, la Mj ya celestina atenciónes en Subel.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1591 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
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:

Esta cargo de la progenitora quien cargo de ella en la ciudad de Caracas, se evidencian un buen vinculo afectivo entre madre e hijo

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	☒		☒		☒		☒		☒	

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

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

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

[illegible]

Observaciones:

Computa microdatos con separadores y lista para ir alimentando con la documentación que se proporciona de los diferentes atenciones médicas que se realicen.

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)

Dotación inicial no se ha entregado luego hacer dos días a la modalidad de atención y se saca bajo los términos para entrega de esta 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		

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

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

Observaciones:

Documentación de la carpeta de la madre
Sustituta al área y autorización

Revisión de espacios:**En cada casilla coloque**

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

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

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin 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 cemento construida de alto
alimentos necesarios para la alimentación de la
vivienda.

177

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

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

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

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

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

Sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

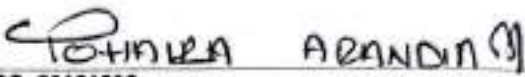
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

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

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

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita YOHAIARA ARANDIA MARTINEZ
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1081397052 TP. 172058	CC. 55131290
Celular: 3147988239	Celular: 3166034632
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com	Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com

Notas:

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

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

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

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

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	1	
Cepillo dental	1	
Peinilla o cepillo	1	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	1	
Champú	1	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Bianca cuenta con lo necesario en aseo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: BRUNDA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Dulceef Gonzalez

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Ingrid cuenta con la dotación de aseo y correctivo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Ingrid Lorena MUSE abiso

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: REBEKA REANDIA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gentesa

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Karen controla su dotación al día siguiente.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Karen Sofia Caseres A...

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: SHAIRA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Cortalez

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Danielita cuenta con su dotación al día y correctamente

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Daniela Nietenda Vilanova

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: FABIANA ARANDIA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Contales

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Melany Coentro como dotacion y de encargo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Melany Coentro Plazas S.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: CEBARRA ARANDIA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

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

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

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

OBSERVACION GENERAL
Se traen siete kits (según dotación a las clínicas).

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: S. BHAIRA ARANDIA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

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

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28/03/2023	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Yohaira Arendia.			
	SI	NO:	
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		λ	

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?	/	/	/
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
La ciudad de Jaramo no cuenta con bienestar.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
YOHAIKA ARENDIA		Shirley Gantaker	



FUNDACIÓN 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 ASEPICIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Yohanci Arandrea

Dirección: _____

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.	X/A	
19	Los balcones deben tener protección.	N/A	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	



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

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	/	
26	Paredes limpias.	/	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	/	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	/	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	/	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	/	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	/	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
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.	/	
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.	/	
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.	/	
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 condiciones
óptimas.



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		[Signature]	
Firma de la persona que realiza la verificación		Firma	
Shirley Gonzalez		[Signature]	
cc.	T.P. 12058.	cc	5531200 B pbl-4
Celular:	3147928239	Celular:	3166034632
Correo electrónico:		Correo electrónico:	yphla2884@hotmail.com



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSION 1 FOTYD-005- 01/05/2022

FECHA DE APROBACION 01/05/2022

FECHA: 23/03/2025.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yohancra Arandrea.

CENTRO ZONAL: La Florida.

NOMBRE DEL PROFESIONAL EVALUAR: Shirley Gontalet

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

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

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

	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿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: Felicitar a la Psicóloga por el tiempo y apoyo.

YOHANCA ARANDREA M

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

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

Fecha de visita: 27/03/25

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

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

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Yoteacido</u>	Dirección <u>Cl 1A # 5-52</u> <u>Barrio Unidad</u>	Teléfono <u>3232040036</u>
--------------------------------------	--	-------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny A. Quintero</u>	CC. <u>1097397014</u>	Celular <u>3206227470</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>DOMINGOS</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
---------------------------------	---	-------------------------------

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Calderon</u>	Segundo Apellido <u>Escobar</u>	Nombres <u>Karen Dany</u>
	Identificación: <u>1093.893442</u>		

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

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

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

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

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Quebramiento Gacacoyu	-0-	3229080277
Barrio:	Correo electrónico:	
Cenke Publado	donnacalderon32@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Layder Santiago Rodríguez	24/12/2007	1076416874	13668163	5/06/2023	D. septima. Angela Caidaro
2	Nabato Andres Muñoz Gomez.	23/09/16.	1080365346		23/mar/19	C. Sora. Fency. Paul.
3	Daily Yuliana Muñoz Gomez	9/8/2013	1080564333		23/mar/2004	C. Sora. Fency. Fency.
4	Camila Andres Cortez.	6/mar/21	118373324	23510314	8/01/20	Def. Juan Custum.
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

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

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios se encuentran afiliados a SSSalud;
 gozan de buen estado de salud, cuentan con

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Vinculación a educación, y se encuentran adelantando cursos
para su proyecto de vida; reciben atención
psicosocial.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

De acuerdo a la ley de Bienestar Familiar, la familia dentro de la unidad de servicio, la ley no recibe en los biológicos, en la adaptación, la familia con acompañamiento psicológico, de familia de ambiente protector, expresan libremente sentimientos y emociones.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Los usuarios cuentan con carpetas debidamente actualizadas y archivadas, se evidencian orden en documentos y seguridad de la información.

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

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

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

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

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

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

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

Los usuarios cuentan con dotación básica, personal, escolar y de aseo acorde a lo estipulado en el Manual operativo.

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

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

Observaciones:

La Sra. Kam evidenciará Carpeta debidamente actualizada y archivada se recomendará actualizar datos, Antecedentes de planeación. Tercer en el tiempo que corresponde.

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

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

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

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

Se recomienda mantener hula de lida de red de apto 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	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

La unidad de servicios cuenta con espacios.

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

Daily: asistió a control médico general que la remite a oftalmología y pediatría, tiene control de psicólogo en un mes, asistió en marzo, la remite a psiquiatría, cuenta con autorización.

Leidy: asistió a psiquiatría pediatría, tiene cita pendiente para cuando de cita para el 9 de abril, tiene pendiente cita nutrición.

Gabriela: tiene pendiente cita por psicología. Por el 17 de abril, pendiente odontología.

Nuibe: se debe sacar cita por medicina general para ver si le remiten a otros especialistas.

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

Se recomienda a la madre. Sustituir la
guardar las atenciones para los menores.

La madre refiere que se han presentado
dificultades de convivencia entre menores
por lo que se debe seguir fortaleciendo
en procesos de comunicación efectiva.

Se evidencia que ante compromisos.
la madre mantiene orden en la casa
y garantiza cuidado y protección a los
menores.

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 10 de 10

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
Jenny Alexandra Quintero			
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
CC. 109397019	TP. 466100	CC. 1083893442	
Celular: 3206227470		Celular: 3229080277	
Correo electrónico: alexa-1691@hotmail.com		Correo electrónico: dariana.calacron@gmail.com	

Notas:

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

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

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

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

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

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

Fecha de visita: 26-03-25

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

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

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Yo te cuido</u>	Dirección <u>Cl 1 # 5-52. Barrio Trinidad</u>	Teléfono <u>3206227470</u>
------------------------------	--	-------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny Alexandra Q.</u>	CC. <u>109734014</u>	Celular <u>3206227470</u>
--	-------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>20/02/25</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexandra Q.</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Yo te cuido</u>
---------------------------------	--	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Uribe</u>	Segundo Apellido <u>Murcia</u>	Nombres <u>Luznelly</u>
	Identificación:		

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

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

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

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

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

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Cr 9C este 13-69 Sur	- 0 -	3138348005
Barrio:	Correo electrónico:	
Las Palmas	- 0 -	

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	Andrés Felipe Martínez	11/8/2017	1703336444		27/11/2021	Defensora tenera - Cristina M.
2	Polina Yuliana Martínez	21/12/2017	22/11/24	170330605	22/11/2023	Defensora tenera - Cristina M.
3	Ramón Fabián Abuleta	23/05/2019	8/12/24	170330734	8/12/2021	Defensora tenera - Cristina M.
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

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

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

Descripción general de lo encontrado:

Los niños cuentan con vinculación a Educación Salud.
 Lugar de buen estado de salud.

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

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

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

Ruben atencioso, respetuoso, adaptado, buenas habilidades comunicativas.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

Se encuentra para comunicación continua entre
 los/as y los/as Sanitarios/as y enfermeras/as.
 Disfruta en buena protección.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

Observaciones:

Los casos están con carpeta, obviamente.
 archivar y actualizar se recomienda archivar
 citas de salud y sanitas.

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

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

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

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

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

los cuartos cuentan con Dotación Básica.
Personal escolar, Aseo e higiene personal

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

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

Observaciones:

la Madre Sustituto cuenta con Carpeta debidamente archivada y actualizada, se encuentran estos pendientes de actualizar, disciplinados.

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

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

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

Se recomienda estar pendiente de. Verificación de
Cupos, y antecedentes de sed de abuso.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

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

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

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1361 DE 2012

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

la unidad de Servicio cuenta con espacios adecuados para la habitabilidad de los usuarios.

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

Se evidencia que la Señora Luz ha sido diligente en la garantía de asistencia al derecho a la salud, no se conocen dificultades en el proceso.

La Señora Luz únicamente refiere dificultades de cumplimiento por parte de su hijo. Sin embargo se han generado fortalecimientos con la escuela en comunicación asertiva, mucha empatía, logrando mejorar la dinámica familiar.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSE Y A LA LIT 1561 DEL 2012

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

Actividades desarrolladas en la visita:

☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.

☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD

☐ Diálogo con la madre o padre sustitutos.

☐ Diálogo con miembros de la familia.

☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros

☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

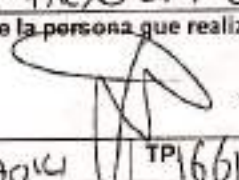
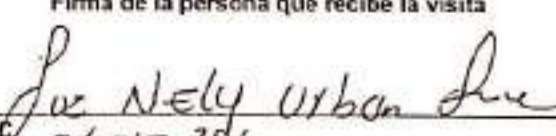
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias

☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.

☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Jenny Alexandra Quintero	
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
	
CC. 1017397014 TP 166100	CC. 26567386
Celular: 3206227430	Celular: 3138308005
Correo electrónico: alexa-16911@wluar.com	Correo electrónico: luznelyurban@ignait.com

Notas:

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1501 DE 2012

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

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

Fecha de visita: 31.03.2021

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

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

Regional Hula Centro Zonal Pilalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social 'yo te cuido'	Calle 1A # 5-52	308241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Meneses.	1007750847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
25.02.2021	Lucy Katalina Meneses.	Fundación Social 'yo te cuido'

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Hoyos	Ossorio	Yacks Paola
Identificación: 36288105			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
Transversal 4A #12 Sur - 57			3202433565
Banco:		Correo electrónico:	
Juan Pablo II		huxquitos@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA**

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Fabian Guzman Quiza	20-04-2001	1003880832	237677342	11-02-2023	D. Sexto Javier Cumbe
2	Pedro Jose Astudillo	06-05-2006	1077276734	23541182	02-07-2027	D. Sexto Javier Cumbe.
3	Emmanuel Santiago Males	18-08-2011	1082158038	23500570	31-10-2024	D. Tercera Cristina Molina
4	Jose Camilo Mayan	23-05-2008	1083887636	23544589	11-12-2024	D. Sexto Javier Cumbe.

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 3 de 9

5	/	/	/	/	/	/
---	---	---	---	---	---	---

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

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	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

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	X		X		X		X			
Acta de colocación	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X			
Valoración Médica	X		X		X		X			
Fórmulas Médicas	X		X		X		X			
Carné de Salud	X		X		X		X			
Citas Médicas	X		X		X		X			
Registro Civil	X		X		X		X			
Documento de Identidad	X		X		X		X			
Boletines Escolares - del periodo actual cursado	X		X		X		X			
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	X		X		X		X			

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL CBF Y A LA LEY
1881 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

Documentación 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)

Todo cumple con dotación escolar, personal, básica y aseo e higiene personal. Menos el joven Pedro José.

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

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

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

Durante la visita se da constancia que para todos es una madre dedicada, y muy comprometida con los usuarios a cargo. la documentación 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

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

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

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

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 Observación por
realizar.

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

Se muestra en orden toda la documentación
relacionada con los usuarios. Cabe resaltar que la
madre sustituta demuestra un alto grado de
compromiso, manteniendo su documentación
al día y actualizada, cumple con las citas y
demás requerimientos necesarios de cada
usuario. Garantizando el bienestar integral
de los usuarios.

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

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



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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Luz Katalina Meneses.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Yudis Paola Hoyos.	
Firma de la persona que realiza la visita Katalina Meneses.		Firma de la persona que recibe la visita Yudis Paola Hoyos.	
cc. 1007750847	TP. 1007750847	cc. 36288105	
Celular: 3156773819.		Celular: 3202433565	
Correo electrónico: halegaxulplato@gmail.com		Correo electrónico: huyospa@gmail.com	

Notas:

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

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

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



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN 1 PSYTC-0096- 01/08/2022

FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022

FECHA: 31-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yudy Paola Hoyos.

CENTRO ZONAL: Pitoleto

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katalina Henares.

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

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X		
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?		X		
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?		X		
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X		
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?		X		
		X		
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)			SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?			X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?			X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?			X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?			X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?			X	
Observaciones de la Madre Sustituta:	felicitaciones.			
	Yudy Paola Hoyos.			
	FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA			

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

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito.
FECHA:	31-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Yudis Paola Hoyas

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	B. Estado
Ventilador	1	B. Estado
Coche	N/A	/
Almohadas	6	B. Estado
Cubrelechos	6	B. Estado
Sábanas	6	B. Estado
Protector de colchón	3	B. Estado
Toldillo	N/A	/

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

OBSERVACION GENERAL

Sin observaciones.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Yudis Paola Hoyos

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Meneses

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3-80

Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO**VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.**Nombre responsable unidad de servicio: Yudis Paula HoyasDirección: 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	

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:		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita:	
Lucy Katalina Meneses		Yudis Paola Hoyos.	
Firma de la persona que realiza la verificación:		Firma de la persona que recibe la visita:	
Katalina Meneses.		Yudis Paola Hoyos.	
C.C. 1007750847	T.P. 1007750847	C.C. 36208105	
Celular: 306777819.		Celular: 3202433565	
Correo electrónico: <u>lucy.pascal.pitakto@gmail.com</u>		Correo electrónico: <u>huevoitos@gmail.com</u>	

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

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

Fecha de visita: 29 03 2025

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

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

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "yo te cuido"	Calle La # 5-52 B/ Trinidad	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lory Karolina Meneses	10097750847	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	Lory Karolina Meneses M.	Fundación Social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Barragan	Puentes	Diana Patricia
Identificación: 1.083.893.001			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
Conegimiento de Quacocallo		/	3162310228
Barrio:		Correo electrónico:	
Vereda el Tigre		dipatris1123@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA**

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Laura Maria Bixanegra	26-02-2000	1.112.036.696	23510385	05-08-2024	Claudio H Lopez
2	Angeles Wday Ortiz	21-10-2010	1.144.627.702		06-08-2024	Comisaria de Familia San Agustín.
3	Yenni Patricia Tirado Bro	04-04-2002	1.114.112.746	23534825	20-08-2024	Claudio H. Lopez.
4	Blaudy Mirella Trujillo Bautista				21-02-2025	Claudio H Lopez

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

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

F14.MQ4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 3 de 9

5					
---	--	--	--	--	--

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

No se ha identificado ninguna novedad. Todas las
visitas se encuentran vinculadas al sistema educativo,
a la salud, reciben citaciones por el equipo psico-social
y la documentación correspondiente toda que cumple con
los requisitos vigentes. Además se encuentran en un estado protector.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

En este ítem se observa que, en general los usuarios no cuentan con inventario biológico a excepción de Bledy Fierla. Angela May aún no tiene autorización correspondiente, mientras que Yoni y Laura están declarados en adoptabilidad.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

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

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

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

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

Observaciones:

En este item, aún no se evidencian resultados académicos ya que no se ha terminado el primer ciclo escolar del presente año.

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					
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

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

Los usuarios cuentan con su respectiva dotación, tanto básica, escolar, personal y la de aseo e higiene personal.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		05-06-2024
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Camé de manipulación de alimentos	X		06-07-2024
Certificación primeros auxilios	X		14-07-2024
Carpeta de visitas al Hogar	X		

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con toda la documentación
requerida, la cual ha sido verificada y se encuentra
en estricto cumplimiento de lo estipulado. La
papelería está completa y 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	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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 8 de 9

Espacio de estar

Sí

Sí

Sí

Sí

Sí

Sí

Sí

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

La infraestructura de la vivienda esta acorde
y esta en buenas condiciones, brindando así un
buen bienestar y cuidado a los usuarios.

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

La madre sustituta, Diana Patricia Baragan, cuenta
con toda la documentación en regla y cumple con
las condiciones necesarias para el cuidado de los
usuarios. Se destaca por su compromiso, afecto y
responsabilidad, demostrando diligencia y atención
en cada aspecto de su labor.

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

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

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



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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katolina Meneses. Molina.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Diana Patricia Barragan.	
Firma de la persona que realiza la visita Katolina Meneses.		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1007750847	TP. 1007750847	CC. 1083893001	
Celular: 3156777819		Celular: 3162710228	
Correo electrónico: lucy.meneses@gmail.com		Correo electrónico: dipab15123@hotmail.com	

Notas:

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

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

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



**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**

VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022

FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 29-Marzo-2023

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Diana Patricia Barragán Puentes

CENTRO ZONAL:

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

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

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

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

	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	29-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Diana Patricia Barragan

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

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

INVENTARIO DOTACION BASES UNIDADES DE SERVICIO

OBSERVACION GENERAL

La dotacion se encuentra en buen estado la
mayoria de dotacion.

3 almohadas regulares, 3 cubrelechos regulares y 3
Sábanas regulares.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA :

Dulce Paz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Katalina Menezes.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3-80

Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.

Nombre responsable unidad de servicio: Diana Patricia Barragan

Dirección: Corregimiento de Guacacallo - Vereda el Tigre.

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 fisica 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	

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 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 unidad de servicio cuenta y cumple con los ítem expuestos.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: <u>Wey Katolina Henezes. Hduca.</u>		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: <u>Diana Patricia Barragan.</u>	
Firma de la persona que realiza la verificación: <u>Katolina Henezes.</u>		Firma de la persona que recibe la visita: <u>[Firma]</u>	
C.C. <u>1007750847</u>	T.P. <u>1007750847</u>	C.C. <u>1083893001</u>	
Celular: <u>3156999819.</u>		Celular: <u>3162710228</u>	
Correo electrónico: <u>hidopaxul.pitelto@gmail.com.</u>		Correo electrónico: <u>dipab123@hotmail.com</u>	

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

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

Fecha de visita: 31 03 2025

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

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

Regional Hula Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre Fundación Social "Yo te cuido"	Dirección Calle 1A # 5-52 B1 Trinidad	Teléfono 348241198
---	---	-----------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos Lucy Katalina Meneses.	CC. 1007750847	Celular 3156777819
---	-------------------	-----------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 27 02 2025	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita Lucy Katalina Meneses.	Entidad que realizó la visita Fundación Social "Yo te cuido"
----------------------------	---	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Navarez	Ijais	Mayen Lucía.
Identificación: 25292920			
Dirección: Cencia 12A #9A - 28		Tel. Fijo /	Celular 3177114161
Barrio:		Correo electrónico: mayen1312@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA**

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Yader Esteban Gromales	30/08/2008	1.084.254.396	23599102	29-02-2021	Defensoría Tercera Cristina Nolasco
2	Hector Steven Samboni	02/10/2014	1.083.986.262	Sin Inf.	11/08/2023	Comisaría Familiar S. Agustín.
3	Ostin Santiago Morillo	04/10/2016	1.114.636.348	23663163	02/09/2021	Defensoría Sexta Javier Cumbre
4	Urian Andres Ochoa	26/02/2021	1.083.939.332	235703225	06/12/2021	Defensoría Sexta Javier Cumbre

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

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2013

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 3 de 9

5	/	/	/	/	/	/
---	---	---	---	---	---	---

* Anule los renglones no utilizados

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

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

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

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



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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Todos los menores se encuentran estudiando,
Llaman esta esperando su papá para entrar al jardín.
El estado nutricional está bien para todos
y están cumpliendo con los hábitos

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Yader está declarado en adaptabilidad, bien, bien y hacer
tienen encuentros biológicos
Disfrutan de entornos protectores todos los meses.
Realizan prácticas de autocuidado y se involucran en
actividades extracurriculares.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

Tienen su respectiva documentación al día.
No se evidencia ninguna minudencia en este ítem.

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

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

Todos los usuarios tienen su respectiva dotación tanto básica, personal, escolar y de aseo personal y higiene personal.

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

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

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

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

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



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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con toda la documentación requerida, conforme a lo estipulado con papelería actualizada, lo que evidencia su compromiso y diligencia en el cumplimiento de sus responsabilidades.

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

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

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

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

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

Espacio de estar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
------------------	----	----	----	----	----	----	----

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

La vivienda cuenta con su infraestructura adecuada para el bienestar de cada usuario.
Espacio, luz, orden y demás aspectos.

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

Dña Mayra se declara por ser una madre sustituta sumamente comprometida y responsable, demostrando su compromiso con el cuidado y bienestar de los usuarios a su cargo. Su dedicación y profesionalismo aseguran el cumplimiento de las normativas vigentes, garantizando que cada acción emprendida contribuya al desarrollo integral y a la seguridad de quienes están a su cuidado.

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katalina Meneses	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Mayen Lucia Navarret.
Firma de la persona que realiza la visita Katalina Meneses.	Firma de la persona que recibe la visita Mayen Lucia Navarret.
CC. 1007750847 TP. 1007750847	CC. 25292920
Celular: 315677784	Celular: 3177114161
Correo electrónico: lorenzoperez.pedrito@gmail.com	Correo electrónico: mayen2312@gmail.com

Notas:

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

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

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

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



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN 1 PSYT-0096- 01/08/2022

FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022

FECHA: 31-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Norquez

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Katalina Meneses.

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

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

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

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

Observación de la Madre Sustituta:

Excelente labor. - Felicitaciones.

Maryen Lucia Norquez.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

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

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	31-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Maryen Lucia Narvaez

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	B. Estado
Cama cuna	N/A	/
Cuna	N/A	/
Corral	N/A	/
Colchón	6	↓ mal estado
Colchón cama cuna	N/A	/
Cómoda	3	Mal estado
Ventilador	2	B. Estado
Coche	N/A	/
Almohadas	5	B. Estado
Cubrelechos	6	B. Estado
Sábanas	5	B. Estado
Protector de colchón	5	B. Estado
Toldillo	N/A	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

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

OBSERVACION GENERAL

Se evidencia que en la unidad de servicio se encuentra 1 ventilador en mal estado y 1 colchon en mal estado. El resto esta en orden.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Meneses.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel: 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3-80

Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.

Nombre responsable unidad de servicio: Maryen Lucía Norzuega

Dirección: Carrera 12A - 9A - 28 - Palamó.

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	

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 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:

Todo en orden.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Lucy Katalina Menezes.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Maryen Lucia Narvaez.	
Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina Menezes		Firma de la persona que recibe la visita: Maryen Lucia Narvaez.	
C.C. 1007750847	T.P. 1007750847	C.C. 25292920	
Celular: 3176777819		Celular: 3177114161	
Correo electrónico: halegareel.pedrito@gmail.com		Correo electrónico: maryen2312@gmail.com	

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

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

Fecha de visita: 27/03/25

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

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

Regional Hila Centro Zonal Phalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Social Totecuido</u>	Dirección <u>Cl 1A # 5.-52 Barrio Trinidad</u>	Teléfono <u>320677470</u>
---	---	------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny A. Bantao</u>	CC. <u>1042392014</u>	Celular <u>320677470</u>
---	--------------------------	-----------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>26/02/24</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexander Bantao</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Social Totecuido</u>
---------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Pozos</u>	Segundo Apellido <u>Arandaza</u>	Nombres <u>Yuli Andrea</u>
Identificación: <u>7083.887.399.</u>			

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

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

	FORMATO DE CARTA U OFICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 4 del COMPONENTE TÉCNICO.

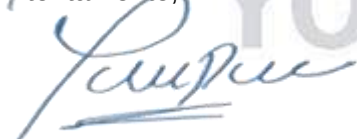
CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, se llevó a cabo verificación de los registros de experiencia a todos los usuarios, donde se evidencia que se han planteado avances, logros, experiencias, dificultades, intereses, salud, educación, etc., a cada niño, niña y adolescente de los municipios de La Plata, Pitalito y Garzón.

REGISTRO DE EXPERIENCIAS							
GARZON		LA PLATA		PITALITO			
B.S.R	M.A.S.G	A.L-R // A.D.P	L.F.P	M.I.S.H	E.M.S	L.I.D	O.S.M
C.G.M	M.F.G	A.J.R	L.F.P.Q	D.L.R.C	E.M.S	L.M.B	P.J.A
J.C.S	S.N.M	C.D.A	J.C.P.Q	T.I.C.V	E.M.M	L.S.R	S.S.A
J.S.E	A.D.T	D.Y.S.H	N.C.M	K.V	F.G	L.A.O	S.S.A
J.D.H	A.F.B.P	J.A.P	M.G.		F.G	L.C.P	S.G.C
L.S.S.G	J.N.Y	J.F.A	A.D.E		H.S.S	L.S.U	S.M.C
L.G.M	K.K.M.A	J.S.J	L.S.E		H.V.P	A.F.M	Y.E.S
L.S.M.V	K.V.A.P	K.C	W.D.C		J.C.M	M.J.S	Y.P.T
L.A.S.V	Y.M.A	J.J.P	M.A.A		K.T.A	N.T.V	Y.P.M
M.G.A.G	Y.Y.V.A	K.D.C	Y.D.S.H		K.M.R	C.E.U	D.Y.H

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

	FORMATO DE CARTA U OFICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

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

En cumplimiento con lo establecido en el Contrato de aportes Nro. 41006922024, en lo que se refiere a la obligación contractual del numeral 4 del COMPONENTE TÉCNICO.

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de marzo del 2025, se llevó a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio:

1. Municipio de Pitalito: los días 29-31 de Marzo 2025 – 09 UDS
2. Municipio de la plata: los días 18-20-28 marzo 2025 – 11 UDS
3. Municipio de Garzón: los días 27-28-31 de marzo 2025 – 13 UDS

No	PITALITO	GARZON	LA PLATA
	12 UDS	13 UDS	11 UDS
1	YENNI ANDREA ROJAS RAMOS	CLARA INES ROJAS CUMBE	ANA MILENA VALENCIA LOSADA
2	LUZ NELLY URBANO	FANNY CEDIEL DE FERNANDEZ	DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ
3	YULI ANDREA ROJAS ARTUNDUAGA	MARLENY FRAGUA POVEDA	ELVIA YOLIMA SANCHEZ CAUPAZ
4	MARYEN LUCIA NARVEZ	MIRIAM ALMARIO CALDERON	FRANCY YORLAY NIETO COTACIO
5	PAULA ALEJANDRA RIVERA	ONEIDA SUAREZ ANDRADE	LEIDY CONSTANZA GOMEZ ARDILA
6	DIANA PATRICIA BARRAGAN	ALIVIA VIANED CABRERA VARGAS	WILSON CALDERON USECHE
7	GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS	OLGA LUCIA TRIANA CASAS	OLGA BEATRIZ SOLORZANO CARDOZO
8	YUDIS PAOLA HOYOS OSORIO	VIANEY GALINDO	MIREYA CHIMBACO MARIN
9	OMAIRA DIAZ MOLINA	PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA	ROSALBA SERRATO VARGAS
10		ANA MILENA FRAGUA	YOHAIARA ARANDIA MARTINEZ
11		YENNY MARCELA SIERRA ROJAS	MARISANDA DORADO QUIJANO
12		STEFANNY GUEVARA GARCES	
13		MIREYA CRUZ VALENZUELA	
14			

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

	FORMATO DE CARTA U OFICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

Jornadas en las cuales se verifico las condiciones de las unidades de servicio, registro de experiencias de cada usuario donde se plasman avances, logros, gustos e intereses, salud, educación entre otra información significativa de cada niño, niña y adolescente.

Neiva -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

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

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

Fecha de visita: 28/09/2025

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

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

Regional Huila Centro Zonal Careón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social So te cuido</u>	Dirección <u>Cll 7 N. 26 -03 B/Santa Clara</u>	Teléfono <u>- 0 -</u>
---	---	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Javier Fernandez</u>	CC. <u>1077873295</u>	Celular <u>3222386509</u>
--	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>27/02/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Raen Person?a Alvarez</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundacion Social So te cuido</u>
-----------------------------------	---	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Cabrera</u>	Segundo Apellido <u>Vargas</u>	Nombres <u>Alzura Vianed</u>
	Identificación: <u>35062718</u>		

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

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

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Dirección:

C/ 8 BN - 760

Tel. Fijo

— 0 —

Celular

3133803136

Barrio:

Sabambó

Correo electrónico:

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico

Plan Mejoramiento²

Seguimiento extraordinario

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Kerly Vazquez Alex Peidomo	DD/MM/AA 02/12/06	CC 1175049 23	2334 4762	DD/MM/AA 21/11/19	Defensora de familia Barón (H)
2	Leidy Johana Alex Peidomo	DD/MM/AA 31/03/05	CC 1154433 03	2334 4761	DD/MM/AA 21/11/19	Defensora de familia Barón (H)
3	Diana Marcela Olave Gutierrez	DD/MM/AA 12/05/09	TI 1062777 511	2344 0803	DD/MM/AA 13/12/24	Comisaria de familia Belalcázar (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.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

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

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

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

A la fecha se evidencian las gestiones para la garantía de sus derechos con cadenas de las áreas

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 desenvuelva.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
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:

Rorly y leidy no cuentan con red vincular ni familiar por las encuentros biológicos ya que se encuentran en adoptabilidad. Digna Marcela a la fecha no cuenta con autorización para los encuentros biológicos 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	☒		☒		☒					
Acta de colocación	☒		☒		☒					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	☒		☒		☒					
Valoración/Seguimiento Psicológica	☒		☒		☒					
Valoración/Seguimiento Nutricional	☒		☒		☒					
Valoración Médica	☒		☒		☒					
Fórmulas Médicas	☒		☒		☒					
Carné de Salud	☒		☒		☒					
Citas Médicas	☒		☒		☒					
Registro Civil	☒		☒		☒					
Documento de Identidad	☒		☒		☒					
Boletines Escolares - del periodo actual cursado	☒		☒		☒					
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	☒		☒		☒					

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

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

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

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

Observaciones:

La documentación se encuentra al día y organizada.

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 es adecuada con dotación escolar ya que no se encuentra escolarizada, esta realizando una preparación de reforzo en el SENAE 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.

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada copia COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE MANEJO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

la madre sustituta recibe la visita de forma amena. Al momento de la visita se encuentran las espaciosas, las cuales no proporcionaron ninguna información o acontecimiento relevante dentro de los dinámicas 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 grietas	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios	Sin humedad excesiva	seguros, no resbalos es, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

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

Se evidenciará 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 evidenciaron compromisos a estable-
cer.

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita <i>Laura Fernández Solo</i>	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita <i>Alex Ubaldo Verr</i>
Firma de la persona que realiza la visita <i>Laura Fernández Solo</i>	Firma de la persona que recibe la visita <i>Alex Ubaldo Verr</i>
CC. 1077833205 TP. 219284	CC. 55062718 Qum
Celular: 3222386509.	Celular: 3133803136.
Correo electrónico:	Correo electrónico: alex.ubaldo.verr@thun.

Notas:

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

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

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

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

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

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

Fecha de visita: 31/09/2025

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

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

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yo te cuido</u>	Dirección <u>c/1 9N 2E - 03 B/ Santa Clara</u>	Teléfono <u>- 0 -</u>
---	---	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>28/02/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Karen Georina Alvarez</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social yo te cuido</u>
-----------------------------------	---	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Fragua	Poveda	Ana Milena
Identificación: 55057466			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
C/13N1C-21			3213569805
Barrio:		Correo electrónico:	
El Bosque		anamilena.fragua@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Vector Manuel Cardona Calderon	DD/MM/AA 04/03/10	T.I 1117234 933	2333 0129	DD/MM/AA 11/05/18	Defensoría de familia 2 de Garzón
2	Frank Steven Narvaez Rodriguez	DD/MM/AA 27/11/09	T.I 1118370 626	2335 1063	DD/MM/AA 25/07/24	Comisaría de familia del Pital
3	Heimi Valenzuela Aguilar	DD/MM/AA 23/02/10	T.I 1097862 917	sin información	DD/MM/AA 22/11/24	Comisaría de familia Tarqui
4	Yeferson Valenzuela Aguilar	DD/MM/AA 31/01/12	T.I 10815160 9A	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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

5		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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

A la fecha Víctor Manuel se encuentra internado en la clínica Sanamans en el municipio de Rivera Herrera, debido a afectación de salud por Salud mental desde el día 16/05/2021.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Victor no cuenta con encuentros biológicos ya que se encuentra en adoptabilidad por su parte Frank a la fecha no se han autoregistrado familiar o vincular o externa para el proceso y las hermanas Valenzuela 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	☒		☒		☒		☒			
Acta de colocación	☒		☒		☒		☒			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	☒		☒		☒		☒			
Valoración/Seguimiento Psicológica	☒		☒		☒		☒			
Valoración/Seguimiento Nutricional	☒		☒		☒		☒			
Valoración Médica	☒		☒		☒		☒			
Fórmulas Médicas	☒		☒		☒		☒			
Camé de Salud	☒		☒		☒		☒			
Citas Médicas	☒		☒		☒		☒			
Registro Civil	☒		☒		☒		☒			
Documento de Identidad	☒		☒		☒		☒			
Boletines Escolares - del periodo actual cursado	☒		☒		☒		☒			
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	☒		☒		☒		☒			

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

la documentación y las gestiones se encuentran 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)

Debido a que Víctor se encuentra en la clínica, aun más le ha entregado dotación escolar.

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

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

Se evidencian 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 compartieron sus experiencias de forma abierta, evidenciando gesto de adaptación ha sido 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 por fugas, seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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

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

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

la unidad de servicio se encuentra ordenada y en óptimas 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 Opetor con el fin de conocer su estado 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



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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita <i>Laura Ternerero Soto</i>	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita <i>Aya Gileva Fragua</i>
Firma de la persona que realiza la visita <i>Laura Ternerero Soto</i>	Firma de la persona que recibe la visita <i>Aya Gileva Fragua</i>
cc. 107787321 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.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1301 DE 2012

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

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

Fecha de visita: 28/03/2025

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

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

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social yo te cuido	c/1 9N 2E - 03 B/ Santa clara	- 9 -

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Karen Alvarez	1004442110	3138249598

Ultima visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
<u>28/02/2025</u>	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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rojas	Cumbe	Clara Ines
Identificación: 55 058 747			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
Crr 1 BN 3-25		— 0 —	3214287301
Barrio:		Correo electrónico:	
Los Palmas		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 Ultego	DD/MM/AA 10/05/10	1088896 084	2359 7351	DD/MM/AA 22/04/23	Defensoría de familia Pilcinto
2	Luz Angela Sierra Villani	DD/MM/AA 11/02/17	1061544 811	23510 3542	DD/MM/AA 18/04/24	Comisaría de familia Acevedo
3	Sharol Nikol Hamian Villani	DD/MM/AA 16/11/12	105947 9800	2335 1072	DD/MM/AA 18/04/24	Comisaría de familia Acevedo
4	Liam Santiago Hamian Villani	DD/MM/AA 15/07/24	1077889 692	2351 03540	DD/MM/AA 15/07/24	Comisaría de familia Acevedo

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

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

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

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

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

Cam Santiago por su edad y etapa de desarrollo de 8 meses no se encuentra escolarizado, si se realiza seguimiento al mismo y de igual forma con el proyecto de cida.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MD4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios a la fecha no cuentan con autorización para la realización de las encuestas biológicas y María Fernanda no cuenta con estos ya que se encuentra en proceso de adoptabilidad. Lam por su parte no practica autocuidado y protección por su edad por estos

4.3. DOCUMENTACIÓN las suple la progenitora y madre sustituta.

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

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

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

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

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

Observaciones:

La documentación se encuentra al día
Segun 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.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1501 DE 2012

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

Se evidencia disposición de la madre-as-
tutela para recibir la atención. Se euf-
dencia a los usuarios se sienten a gusto
con los cuidados y está en la uni-
dad 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 uso	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios	Sin humedad por seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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

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

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

las condiciones de la ciudad de seguridad
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.

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

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

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

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita <i>Karen Yerenia Alvarez</i> Firma de la persona que realiza la visita <i>Karen Yerenia Alvarez</i>		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita <i>Chara Lucía Rojas C</i> Firma de la persona que recibe la visita <i>Chara Lucía Rojas C</i>	
CC. 1604442110	TP. 1604442110	CC. 58058747	
Celular: 3138249598		Celular:	
Correo electrónico: <i>trabajaasocial.garzon@gmail.com</i>		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

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

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

Fecha de visita: 31/03/2025

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

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

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yo te cuido</u>	Dirección <u>cll 7N 2E - 03 B/santa clara</u>	Teléfono <u>— 0 —</u>
---	--	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

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

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>28/02/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Laura Fernández Soto</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social yo te cuido</u>
-----------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Fernández	Cediel	Fanny
Identificación: 26491920			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
C/ 2 sur N9 - 03		— 0 —	3202293391
Barrio:		Correo electrónico:	
Los Olivos		cedielfernandez@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Nicolas Rodriguez Hernandez	03/08/21	P.C 1077882338	1762709488	01/04/22	Defensoría de Gerson Huile
2	Maric Yulisc chentre Rojas	01/09/16	10821166108	23351434	29/01/25	Comisaría de familia Pital
3	Jenit Dayana Campos Cruz	17/12/11	1082158169		14/02/25	Comisaría de familia Pital
4						

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

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1281 DE 2012

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

5	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

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

Se evidencia en la visita que los usuarios se encuentran en buenas condiciones. Por otro lado Janet Duperay aún no cuenta con portabilidad en punto de atención en salud. Se están realizando las gestiones por la autoridad y gestor.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

Cuando copie o imprima este documento se generará una COPIA NO CONTROLADA.

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Se evidencia el compromiso por parte de la madre sustituta para las diferentes gestiones en salud y demás de cada una de las usuarias, los cuales a su vez se encuentran a gusto en la entolud de servicios.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

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

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

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

Observaciones:

No se ha podido vincular a Janet a los atendimientos de salud. Nicolas no cuenta con boletines escolares ya que se encuentra vinculado a la modalidad de primera infancia (CPI).

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	x		y		✓					
Personal	x		x		✓					
Escolar	x		y		x					
Aseo e higiene personal	x		y		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	y		
Carné de manipulación de alimentos	x		
Certificación primeros auxilios	y		
Carpeta de visitas al Hogar	x		

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La documentación de la madre sustituta se encuentra al día. Por otro lado la visita la recibe la madre sustituta en buena disposición para la misma. Se registra buena interacción entre los usuarios y con los miembros de la familia de 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 por pisos seguros, no resbalos	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

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

La unidad cuenta con las condiciones habitacionales adecuadas para la prestación del servicio.

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

Cooperar con las gestiones en salud de los usuarios y una vez sanitarizada tener la portabilidad o punto de atención en Salud en el municipio de Cúcuta, apoya por psicología y demás que necesiten lugar frente al proceso.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1361 DE 2012

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

<p align="center">Actividades desarrolladas en la visita:</p> <p>☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.</p> <p>☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD</p> <p>☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.</p> <p>☒ Diálogo con miembros de la familia.</p> <p>☒ Diálogo con vecinos, instituciones, otros</p> <p>☒ Observación a vivienda, dotación, otros</p>
--

<p align="center">Resultados de la Visita:</p> <p align="center">(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)</p> <p>☒ Condiciones satisfactorias</p> <p>☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.</p> <p>☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.</p>

<p>Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita</p> <p><i>Laura Fernández Soto</i></p> <p>Firma de la persona que realiza la visita</p> <p><i>Laura Fernández Soto</i></p> <p>CC. 1097823295 TP. 219284</p> <p>Celular: 3222386509</p> <p>Correo electrónico:</p>	<p>Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita</p> <p><i>Fanny C. del P. de F</i></p> <p>Firma de la persona que recibe la visita</p> <p><i>Fanny C. del P. de F</i></p> <p>CC. 26441920</p> <p>Celular: 3202293391</p> <p>Correo electrónico:</p>
--	---

Notas:

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

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

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

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

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

Fecha de visita: 27/07/2025

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

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

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social go te cuido</u>	Dirección <u>cl 7N 25 - 03</u> <u>B/ Santa clara</u>	Teléfono <u>— 0 —</u>
---	--	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Karen Josenia A.</u>	CC. <u>1004442110</u>	Celular <u>3138249698</u>
--	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>27/07/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Laura Fernández Soto</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social go te cuido</u>
-----------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Fragua	Poveda	Marleny
Identificación: 29491004			
Dirección:	c/17N 2E-11	Tel. Fijo	Celular
		— 0 —	3118522212
Barrio:	Santa Clara		
	Correo electrónico: fragua.poveda.marleny@gmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐

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

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 información	DD/MM/AA 29/01/25	Comisaría de familia Barzón
2	Daniela Parra Ochoa	DD/MM/AA 28/08/15	1077874951	23510951	DD/MM/AA 01/02/25	Defensoría 4 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.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

5		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

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

A la Fecha 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.	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Paula y Daniela a la fecha reciben en-
cuentras biológicas con su 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	☒		☒							
Acta de colocación	☒		☒							
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	☒		☒							
Valoración/Seguimiento Psicológica	☒		☒							
Valoración/Seguimiento Nutricional	☒		☒							
Valoración Médica	☒									
Fórmulas Médicas		☒		☒						
Carné de Salud	☒		☒							
Citas Médicas	☒		☒							
Registro Civil	☒		☒							
Documento de Identidad	☒		☒							
Boletines Escolares - del periodo actual cursado		☒		☒						
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	☒		☒							

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

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

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

Observaciones:

La documentación de Paula y Daniela a la fecha se encuentra al día y con las respectivas valoraciones médicas

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 dotación, así 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.

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

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F 14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

A la Fecha la madre sustituta cuenta con la documentación al día, tambien 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 vitrilos	Sin humedad excesiva	seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

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 convivencia

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

A la Fecha no se establecen compro
misos, 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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012

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

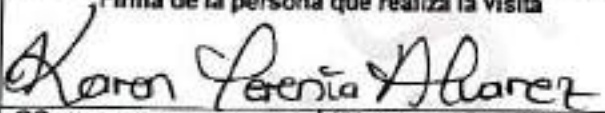
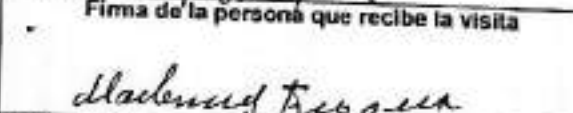
Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Karen Leticia Alvarez	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Gladys Trujillo
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1004442110 TP. 1004442110	CC. 26491004
Celular: 3135249598	Celular: 26491004
Correo electrónico: karenleticia.alvarez@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 considere como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹Fecha de visita: 30/03/2025

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

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

Regional Huila Centro Zonal Garzon

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación social yo te cuido	cl 7 N. 2E - 09 B/ Santa Clara	- 0 -

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	cc.	Celular
Laura Fernandez	1077873295	3222386509

Ultima visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
DD/MM/AAAA 28/02/2025	Laura Fernandez Soto	Fundación social yo te cuido.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Cruz	Valencia	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 considere como COPIA NO CONTROLADA.

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

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

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Vereda Claros	—	3122048410
Barrio:	Correo electrónico:	
Vereda Claros	mare.yina580@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		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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

5		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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

A la fecha la madre sustituta no tiene usuarios asignados a la unidad. Se está a la espera de la entrega de una usuaria proveniente de las comisarías de el Agrado Herida.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

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

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

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

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

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	✓		
Carta de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

la documentación de la madre sustituta se encuentra al día. Es de mencionar que recibe la visita con buena disposición donde se evidencian una unidad adecuada para la prestación 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 por seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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

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

Cuenta con las especies habitacionales
y condiciones óptimas de higiene y
orden.

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

Una vez se le asignen cuarcas a la unidad
debe realizar las acciones pertinentes
para la garantía de sus derechos de fona
apertura.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considere como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL CBF Y A LA LEY
 1981 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
<i>Ricardo Fernando Soto</i>		<i>Miranda Cruz</i>	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
<i>Ricardo Fernando Soto</i>		<i>Miranda Cruz</i>	
CC. 1077873245	TP. 219284	CC. 62 095 112	
Celular: 3222386509		Celular: 312 2048410	
Correo electrónico:		Correo electrónico: <i>tamytruz-x887@gmail.com</i>	

Notas:

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

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

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

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

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

Fecha de visita: 31/08/2025

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

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

Regional Huila Centro Zonal Careón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yo te cuido</u>	Dirección <u>Cll 7 N. 2E - 03 B/ Santa Clara</u>	Teléfono <u>— 0 —</u>
---	---	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Karen Feresia Al.</u>	CC. <u>1004442110</u>	Celular <u>3138249598</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>28/08/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Karen Feresia Alvarez</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Social yo te cuido.</u>
-----------------------------------	---	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Almaro	Caldeón	Maryam
Identificación: 28992705			
Dirección:	Tel. Fijo	Celular	
Q55N6-53	6088335922	3118337233	
Barrio:	Correo electrónico:		
Centro	maryam.almaro63@gmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Angel David Trujillo	DD/MM/AA 19/08/20	PC 108519078	2339 4540	DD/MM/AA 20/12/22	Defensoría de familia C.E. Barrón
2	Lerd y Johana Oval? Ced?el	DD/MM/AA 02/10/10	107650 8058	2335 1697	DD/MM/AA 13/12/29	Defensoría de familia C.E. 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.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

5		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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Angel David no se encuentra vinculado al sistema de educación formal, se encuentra en educación inicial primera infancia, la cual no realiza 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: Proyectos 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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

	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:

Angel no cuenta con encuentros biológicos ya que se encuentran 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	☒		☒							
Acta de colocación	☒		☒							
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	☒		☒							
Valoración/Seguimiento Psicológica	☒		☒							
Valoración/Seguimiento Nutricional	☒		☒							
Valoración Médica	☒		☒							
Fórmulas Médicas		☒		☒						
Carné de Salud	☒		☒							
Citas Médicas	☒		☒							
Registro Civil	☒		☒							
Documento de Identidad	☒		☒							
Boletines Escolares – del periodo actual cursado		☒	☒							
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	☒		☒							

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

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

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

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

Observaciones:

la documentación se encuentra al día
Según las acciones que se han adelantado
todo 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 dotación se encuentra al día y
acorda 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.

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La documentación de la madre sustituta se encuentra al día. Por otro lado se evidencia disposición y receptividad en la visita por parte de la madre sustituta. Desde la fecha manifestar las 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 uso	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vitríos	Sin humedad por seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

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

Las condiciones habitacionales son aptas
mas para la protección del secueiro.

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 LA LEY
1581 DE 2012

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

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

Fecha de visita: 31/03/2025

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

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

Regional Horta Centro Zonal Barzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yo te recuerdo</u>	Dirección <u>Cll 7 N. 28-93 B/Santa Clara</u>	Teléfono <u>— 0 —</u>
--	--	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Karen Alvarez</u>	CC. <u>1004442110</u>	Celular <u>3138299598</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>28/02/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Lacra Fernandez S.</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social yo te recuerdo</u>
-----------------------------------	--	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido Trana	Segundo Apellido Caceres	Nombres Olga Lucia
Identificación: 1044356336			
Dirección: Cll 6. N. 2-63	Tel. Fijo — 0 —		Celular 3138486593
Barrio: Reservas de Carzón	Correo electrónico: luciatranaecaceres@gmail.com		

2. OBJETIVO DE LA VISITA

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

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

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	Nº. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Catalaya Goer Montoya	DD/MM/AA 11/11/2023	1027833 434	2335 0943	DD/MM/AA 05/07/29	Comisaría de familia de su zona
2	Alvaro Hernán Vellano	DD/MM/AA 27/10/16	1079341 642	sin información	DD/MM/AA 13/03/25	Comisaría de familia El Agrado II
3	Anderson Hernán Vellano	DD/MM/AA 02/09/18	1079932 011	sin información	DD/MM/AA 13/03/25	Comisaría de familia del Agrado II
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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 3 de 9

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

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Catálogo por su edad no se encuentra inscrito en el 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.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
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 Catherine ya no realiza prácticas de autocuidado y protección, sin embargo estas le son exigidas 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		☒		☒		☒				
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	☒		☒		☒					

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

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

A la fecha se cuenta con las garantías en las gestiones de sus derechos por parte 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 Hermana no cuentan con la dotación personal ni escolar. La hermana 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.

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

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

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

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La documentación de la madre sustituta se encuentra al día. Por otro lado, recibe la visita de forma receptiva y con disposición. Los usuarios presentes manifiestan sentirse agusto en la entidad de Seguro, donde se relacionan de forma adecuada y se desarrollan en los contextos de

Revisión de espacios: *forma adecuada.*

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 uso	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios	Sin humedad fijos, seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón e iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

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

las condiciones locales 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 la
fecha.

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

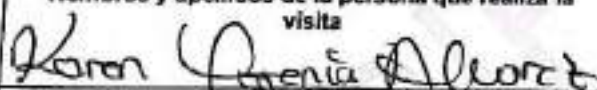
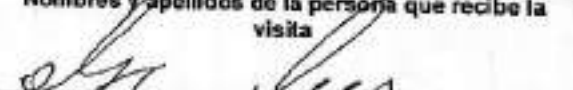
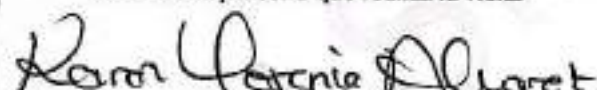
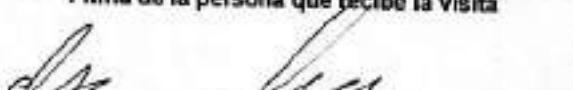
Cualquier copia impresa de este documento se considere como COPIA NO CONTROLADA.

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

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

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

Resultados de la Visita: (Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)	
☒	Condiciones satisfactorias
☐	Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐	Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
☐	Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita 	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita 
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC: 100444210 TP: 100444210	CC: 4044856836
Celular: 313 8249998	Celular: 313 8486593
Correo electrónico: trabajoigual.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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

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

Fecha de visita: 31/03/2025

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

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

Regional Ayula Centro Zonal Carón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Social yoteco</u>	Dirección <u>El 7 N. 28 - 03</u> <u>B/Santa Clara</u>	Teléfono <u>---</u>
--	---	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Laura Fernández</u>	CC. <u>1077873295</u>	Celular <u>3272386509</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>26/02/25</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Karen Cesena Alvarez</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Social yoteco</u>
---------------------------------	--	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

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

Responsable del Hogar	Primer apellido Barreira	Segundo Apellido Fragua	Nombres Paola Liliana
Identificación:			
Dirección: C. 12 N. 1 - 09	Tel. Fijo — 0 —		Celular 3137308371
Barrio: Universitario	Correo electrónico: paolafragua@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	Shareth Mariana Serrano	DD/MM/AA 18/12/14	1145732141	23348909	DD/MM/AA 17/05/23	Defensora de familia Garzón (H)
2	Anya Mariana Mopan Saiz	DD/MM/AA 30/08/12	1077237373	23361477	DD/MM/AA 08/01/25	Defensora de familia Garzón (H)
3	Hezlen Mariana Mondet Cedrel	DD/MM/AA 03/07/21	1077882304	23352496	DD/MM/AA 06/03/25	Defensora de familia Garzón (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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

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

Versión 1

Página 3 de 9

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

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

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

Por la edad y etapa de ellos no se encuentra vinculados al sistema educativo, por ende 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 ☒ 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 e interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Heilen por su edad y etapa de desarrollo no realiza prácticas 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	☒		☒		☒					
Acta de colocación	☒		☒		☒					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	☒		☒		☒					
Valoración/Seguimiento Psicológica	☒		☒		☒					
Valoración/Seguimiento Nutricional	☒		☒		☒					
Valoración Médica	☒		☒		☒					
Fórmulas Médicas			☒		☒					
Carta de Salud	☒		☒		☒					
Citas Médicas	☒		☒		☒					
Registro Civil	☒		☒		☒					
Documento de Identidad	☒		☒		☒					
Boletines Escolares - del periodo actual cursado	☒		☒			☒				
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	☒		☒		☒					

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

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

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

Observaciones:

La documentación y las 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)

En el hogar no se encuentra escolarizada por tal motivo no cuenta con la dotación 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.

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

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

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



PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La documentación de la madre sustituta se encuentra 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 uso	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios	Sin humedad por pisos, seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón o iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

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

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

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

Las condiciones 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.

(This section contains several horizontal lines for additional notes, which have been crossed out with a diagonal line.)

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

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

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

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

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

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

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
<i>Laura Fernández Soto</i>	
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
<i>Laura Fernández Soto</i>	<i>Paolo Barrera F.</i>
cc. 1099893295 TP. 219284	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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

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

Fecha de visita: 31/03/2025

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

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

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yo te cuido</u>	Dirección <u>c/17N 2E-03 B/ Santa clara</u>	Teléfono <u>— 0 —</u>
---	--	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Karen Geoenia A.</u>	CC. <u>1004442110</u>	Celular <u>3138249598</u>
--	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>28/02/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Karen Geoenia Alvarez</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social yo te cuido</u>
-----------------------------------	---	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

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

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

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

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

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

Responsable del Hogar	Primer apellido Guevara	Segundo Apellido Garces	Nombres Stefanny
Identificación: 1077862610			
Dirección: A Casa 12	Tel. Fijo — — — — —		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 23/04/04	1117234 432	2367 2141	DD/MM/AA 16/01/25	Defensoria 2 de familia 60720h
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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1591 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

5		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

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

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

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

Descripción general de lo encontrado:

A la Fecha Alexis Cordona Calderon cuenta con sus derechos garantizados, así mismo cuenta con un óptimo 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 ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

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

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

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

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

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

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

Descripción general de lo encontrado:

Alexis no cuenta con entornos biológicos en razón a que se encuentra fuera de la adopción.

4.3. DOCUMENTACIÓN

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

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

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

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

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

Observaciones:

Alexis no cuenta con el boletín de notas del año en curso en razón a que aun no se finaliza el primer periodo académico

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

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

A la fecha el adolescente cuenta con la debida dotación completa, así mismo en buenas condiciones para su uso

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

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

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

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

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

Observaciones:

La 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 visos	seguros, no resbalos ce, sin	Ventilaci ón o iluminaci ón natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de eslar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICDF Y A LA LEY
 1501 DE 2012

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

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 escu-
letas.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 9

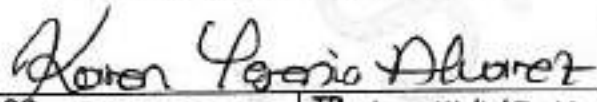
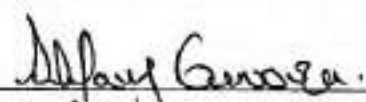
Actividades desarrolladas en la visita:

☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☐ Diálogo con miembros de la familia.
☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros.
☒ Observación a vivienda, dotación, otros.

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias.
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Karen Yessenia Alvarez	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Stefanny Guevara.
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1004442110 TP. 1004442110	CC. 1247862619
Celular: 3138249598	Celular: 3228122465
Correo electrónico: trabajadora.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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/03/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Garzón

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación social yo te cuido</u>	Dirección <u>Cll 7N 2E-03 B/santa clara</u>	Teléfono <u>- 0 -</u>
---	--	--------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Laura Fernández S.</u>	CC. <u>1077873295</u>	Celular <u>3222386509</u>
--	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>28/02/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Laura Fernández Soto</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación social yo te cuido</u>
-----------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN
**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Sierra	Rojos	Genny Marcela
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
C/12 sur N 18 A 1 B		— 0 —	3202625525
Barrio:		Correo electrónico:	
5 de Noviembre		genny.sierra.1309@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☐ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐

**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE
RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL
MOMENTO DE LA VISITA**

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	Josely Andros Martínez Aríos	DD/MM/AA 20/11/22	P.C 1076519342	2321 22454	DD/MM/AA 01/11/24	Defensoría de familia Neiva
2	Valery Jhulieta Martínez Aríos	DD/MM/AA 26/05/21	P.C 1076518308	23212 2451	DD/MM/AA 01/11/24	Defensoría de familia Neiva
3	Keyleth Kclet Martínez Aríos	DD/MM/AA 11/02/19	P.C 1075324943	23212 2453	DD/MM/AA 01/11/24	Defensoría de familia Neiva
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!

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

Versión 1

Página 3 de 9

5	DD/MM/AA	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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Yosery y Valery aún no se encuentran 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.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ 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	☒		☒		☒					

Antes de imprimir esta documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

Las carpetas de los usuarios se encuentran con la documentación pertinente y debidamente ordenada.

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 dotación completa, así 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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Observaciones:

Se logra evidenciar que a la Fecha la documentación de la madre sustituta esta completa, así mismo la de su red de apoyo familiar, en cuanto a los antecedentes se encuentran actualizados

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vitríos	Sin humedad por pisos	seguros, no resbalos os, sin	Ventilaci ón a luminaci ón natu
Cocina	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Despensa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Comedor	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sala	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lavandería	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dormitorios	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Baños	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Espacio de estar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN
FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Al momento de la visita se logra observar
por 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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 9

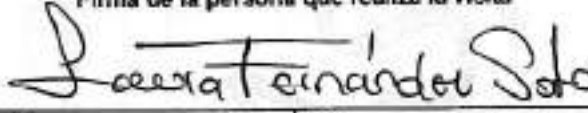
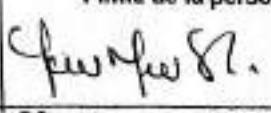
Actividades desarrolladas en la visita:

☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☒ Diálogo con miembros de la familia.
☒ Diálogo con vecinos, instituciones, otros.
☒ Observación a vivienda, dotación, otros.

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Laura Fernández Solo	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Yenny Marcela Sierra Rojas
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 18/03/2025

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 SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	CC 1081397052	Celular 3147988239
--	------------------	-----------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
18/03/2025	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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	Primer apellido VALENCIA	Segundo Apellido LOSADA	Nombres ANA MILENA
Identificación: 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? ☐	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	DEFENSORIA 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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 10

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Ladef: cuenta con atenciónes en salud al día, odontológica, tratamiento terminado, tiene higiene oral por el 28 de

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 10

Febrero, control del puen para agosto de 2015, Psicología control
tres meses control próximo para mayo, Pediatría control en junio,
Pediatría control en junio, psicología ocupacional control en
julio, vinculación a la institución educativa San Sebastián grado
séptimo, Participa en extracurricular durante los días jueves
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 ☒	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☒	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considere como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

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, Neurología próximamente para el 9 de abril, Pediatría para mayo, fisioterapia control en abril, corte y terapias físicas en fisioterapia al día, Recibe Utiles de sus progenitores todos los días. Kelly: tiene atenciones en salud al día, yacuenta con trabajos de atenciones en salud en el municipio de Repente, Pendiente actualización de su documentación.

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	☒		☒		☒					

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

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 usuarios cuentan con su carpeta organizadora con los documentos que cada uno de los usuarios 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 usuarios cuentan con su dotación al día y buen estado, Franklin no recibe atención escolar que por su edad no debe estar en la escuela.)

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considere como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSE Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin orillas	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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Sin hallazgos

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

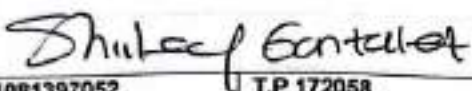
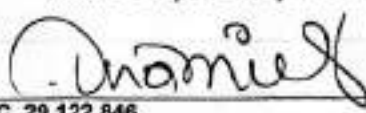
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1591 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita ANA MILENA VALENCIA LOSADA
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1081397052 T.P 172058	CC. 29.122.846
Celular: 3147988239	Celular: 3132626213
Correo electrónico: HSPSICOLOGIAPLATA@FUNDACIONYOTECUIDO.COM	Correo electrónico: amvalencial@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL CSF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar		X
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Leidy cuenta con dotacion al día y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Leidy Johana Lora
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Wendy
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gantelet

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental		X
Peinilla o cepillo	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental		X
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Franklin cuenta con la dotación al día y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No Firmado

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Chamey

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley G.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Kelly cuenta con el material de aseo y higiene personal

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Kelly Iboena Fernandez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: [Firma]

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: [Firma]

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

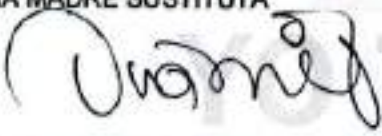
CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18/03/2025.		CENTRO ZONAL	La prateria.	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Ance Milencia Velezquez					
	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 en el adecuado uso.

FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
	Shirley Gonzalez

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSIÓN 1 FMTG-0088- 01/06/2022	
			FECHA DE APROBACIÓN: 01/06/2022	
FECHA: 18/03/2025				
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Ana Milena Valencia				
CENTRO ZONAL: Ica Ficarai				
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shuleep 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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			
	X			
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)			SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?			X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?			X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?			X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?			X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?			X	
Observaciones de la Madre Sustituta:				
				
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA				



FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Ara 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	



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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	1	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran 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 todos los
de los estándares básicos.

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 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.

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

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- 1 ^a -52E		Tel. Fijo No tiene	Celular 3137164889
Barrio: CIUDADELA SAN MIGUEL		Correo electrónico: dayanita.0512@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	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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
------------------------------	--	--	--	---	---

Descripción general de lo encontrado:

- Derly: tiene psicología 1-04-2025, aun no tiene cita en abril de pediatría, en mayo nutrición y dermatología para consulta por erupciones, es juicioso, consume todo (o alimento), subo de peso, ha comido se la y biberón, no asiste a estudiar por la edad y tiempo realiza actividades de proyecto de vida por brevedad.
- Maria Alejandra: tiene pruebas cognitivas, la más esta en trámite y espera por opnda, se recomienda solicitar apoyo de la Gestora de Caso.
- Cindy Camila: No tiene documentos para nutrición en IE al grado 6º, 20-07-2025 tuvo control del peso, cita en mayo en pediatría, enfermería, y 28-07-2025 tiene cita por psicología a las 2:00 pm

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICDF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

- Derly: Cuenta con encuentros Biológicos con familia Biológica, cuenta con todos los procesos de acuerdo a la edad.
- Maria Alejandra: La familia ya tiene Autoridad Administrativa (Defensoría Segura) SIA, recibe encuentros Biológicos por adelantados, pendiente psicología clínica, de acuerdo al E.S. ya ingresa a comportamiento.
- Carla Emilia: Pendiente valoración psicología, Trabajo Social, control médico con reportes, valoración odontología de control del joven, exámenes de ETS, laboratorios Hemoglobina, hematocrito, Prueba Hepatitis prueba triponemina. Participa en bioferia como ayudante extracurricular, Maria Alejandra en Bioferia, Derly por la edad no participa.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1	2	3	4	5
---------------	---	---	---	---	---

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1591 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ ☐	☐ ☐
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ ☐	☐ ☐
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ ☐	☐ ☐
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ ☐	☐ ☐
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ ☐	☐ ☐

Descripción general de lo encontrado:

- Derly: Cuenta con encuentros Biológicos con familiar Biológica, cuenta con todos los procesos de acuerdo a la edad.
- María Alejandra: La familia ya tiene Historial Administrativo /Defensoría Segunda Etia, recibe encuentros Biológicos por adelantada, pendiente Psicología clínica, de acuerdo al E.S. ya ingresado al comportamiento.
- Cindy Camila: Pendiente valoración Psicología, Trabajo Social, control médico con reportes, valoración odontología de control del joven, exámenes de ETS, laboratorio Hemoglobina, hematocrito, Prueba Hepatitis prueba Triponemia. Participa en biblioteca como actividades extracurriculares, María Alejandra en Biblioteca, Derly por la edad no participa.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1	2	3	4	5
---------------	---	---	---	---	---

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

	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:

- Derly: Cuenta con la documentación actualizada, no cuenta con boletines por la edad, la carpeta está actualizada, ordenada y legajada.
- Maria Alejandra: La carpeta está actualizada, ordenada correctamente y legajada.
- Cindy Camila: no cuenta con Valoración nutricional del operador, no está estudiando a la fecha por ende no tiene boletines, está a la espera la AS, ya solicitado dichos documentos, los documentos que cuenta están debidamente ordenados, legajados y actualizados.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1	2	3	4	5
-----------------------	---	---	---	---	---

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

	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)

* Dely: debido a la edad no cuenta con dotación escolar, la demás si en optimas condiciones de aseo y uso. * Planes familiares: cuenta con toda la dotación en optimas condiciones de aseo y uso.

* Cindy: Aun no cuenta con dotación escolar porque no esta estudiando, la demás 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		
Carta de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

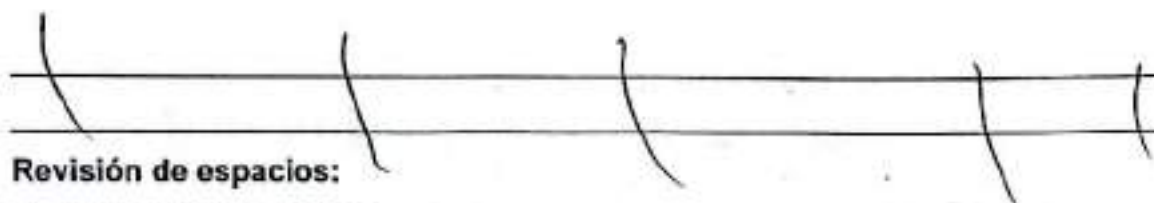
La carpeta de la MU se encuentra actualizada, organizada y archivada, las redes de apoyo estan actualizadas y los integrantes del nucleo familiar.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DEL 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10



Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	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 óptimas condiciones de aseo, asepsia e higiene. Los alimentos están rotulados y la alacena con alimentos en

Antes de Imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

óptimas condiciones de consumo, Al momento de la visita se encuentran los 3 usuarios en óptimas condiciones de peso y presentación personal.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

- No se dejan la larga.

Se recomienda a la Mre Solicitar apoyo de la Gestora de caso para el tramite de otros de Manier Alejandra, Verly y Cindy.

Dar a conocer cualquier eventulidad que se presente con la usuarios ante el operador y Aut. Administrativos

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ ☐ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ ☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ ☐ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☒ ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☒ ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☒ ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ ☐ Condiciones satisfactorias
- ☐ ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ☐ ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que

Nombres y apellidos de la persona que

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

realiza la visita		recibe la visita
CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		DAYANA CATERIN DIAZ RODRIGUEZ
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita
<i>Cristian Camilo Arias</i>		<i>Dayana Diaz R</i>
CC. 1010242019	TP.1010242019	CC. 1061728361
Celular: 3112431071		Celular: 3137164889
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: 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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la debida dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por la edad.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Dyana Diaz R.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	✓	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	✓	
Bloqueador solar	✓	
Champú	✓	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	✓	
Gel Antibacterial	✓	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la edad.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Maria Alejandra mendez vera

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Dafne Diaz R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Cerinto A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL</p> <p>YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Lenny Gamba Zapata Hurtado 20110552

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Dafara Diaz R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Ramiro A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

	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			
Danyela Catherine Diaz			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	LOTE
			FECHA DE VENCIMIENTO

	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	
Danyela Diaz		Cristian Camilo Arias	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Dayana Caceres Diaz Rodriguez.

Dirección: Calle 19A # 13 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.	✓	
8	Ventilación e iluminación natural.	✓	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	✓	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espijos 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.	✓	
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.	✓	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
 NIT: 901496702-9
 Calle 11 N 3 -80
 Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tomillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
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 óptimas condiciones de aseo y orden.



FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 911.696.702-9
Calle 11 N.º 3-80
Ced. JNNK133487

Nombre y apellidos de la persona que realiza la verificación	Nombre y apellidos de la persona que recibe la visita
Cristina Danilo Ariza	Dalva Cristina Ariza
Firma de la persona que realiza la verificación	Firma
Cristina Danilo Ariza	Dalva Cristina Ariza
C.C. 1011144412 1010247019	C.C. 1011144412 1010247019
Celular: 311431091	Celular: 311431091
Código electrónico	Código electrónico



FORMA DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

FECHA: 28/01/18
UNIDAD DE LA RED DE SERVICIOS: Defensoría del Consumidor
CATEGORÍA: Defensoría del Consumidor
NOMBRE DEL PROFESIONAL ENCUESTADO: Cristian Conrado Díaz
CATEGORÍA DE ACTIVIDAD (Escriba en cada caso con una X según corresponda)

ÍTEM	SI	NO	SI	NO
1. El área cubre la visita de seguimiento realizada por el profesional	☒			
2. El área cubre la forma en la que el profesional dio las recomendaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita	☒			
3. El área cubre el tiempo y la forma en la que se realizó la visita	☒			
4. El área cubre la actitud del profesional durante la visita	☒			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	☒			
¿Cumplió el profesional con las recomendaciones que se le dieron al momento de la visita?				
			SI	NO
6. El profesional escuchó de forma clara y precisa la visita de seguimiento realizada		☒		
7. El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita		☒		
8. El área cubre la información suministrada por el profesional durante la visita		☒		
9. El profesional se desplazó por la vivienda, según se precisó		☒		
10. El profesional se desplazó al lugar al que se precisó		☒		

Observaciones de la Unidad de Servicio:

Cristian Conrado Díaz
Firma de la Unidad de Servicio

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/03/2021

Hogar Sustituto	Vulneración ☐	Discapacidad ☐	Tutor
-----------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-------

Hogar de paso	Familiar	Casa hogar
---------------	----------	------------

Regional: HUILA

Centro Zonal: LA PLATA

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N.5 E 34 VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	10814397052	3147983239

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
<u>26/03/2021</u>	<u>Erica Katurine R</u>	<u>ICBF</u>

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 considerará como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Identificación: 25.464.874		
Dirección:	Tel. Fijo NO REPORTA	Celular 3222889309
Barrio: CIUDELA SAN MIGUEL	Correo electrónico: Francynieto56@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	YOHAN SEBASTIAN JOJOA PALENCIA	22/06/2014	1080187857	232113219	17/11/2022	SEGUNDA/YARI MILENA RUIZ
2	CRISTHIAN DAVID ACOSTA CERON	26/06/2007	T.I 1117971444	18033615	9/02/2024	SEPTIMA/ANYELA CABRERA
3	JHON FREDY ALEXANDER ABELLA CHAUX	2/10/2009	T.I 1.007.232.302	232111211	10-05- 2024	SEPTIMA/ANYELA CABRERA
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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

5						
---	--	--	--	--	--	--

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 10

Descripción general de lo encontrado:

- Ydra: Nutrición operador el 22-05-2025, medicina General 4-06-2025, terminó tratamiento odontología 4-03-2025, Psicología General 21-04-2025.
- Cristhian: tiene Nutrición operador 20-04-2025, Oncología 10-04-2025. Neuropsicología, Dermatología, Psicología, pendiente alta, ya están autorizadas, odontología tratamiento terminado, control puer febrero 2025.
- John Fredy: tiene Medicina General 18-06-2025, Junio Psiquiatría, 22-04-2025 psicología General, ya no consume medicamentos por decisión psiquiatría.
- Jemmy: tiene control 5-05-2025 medicina General, vacunación 05-05-2025, y crecimiento y desarrollo, Genética 23-04-2025, Pediatría 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	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☐ SI ☒ NO	☐ SI ☐ NO
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☐ SI ☒ NO	☐ SI ☐ NO
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☐ SI ☒ NO	☐ SI ☐ NO
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO

Descripción general de lo encontrado:

- Yehán! No recibe E.B. porque está declarado en adoptabilidad, cuenta con la garantía de los diferentes procesos, inscrito en cultuante.
- Cristhuan! No recibe E.B. porque está declarado en adoptabilidad, inscrito a tutela, cuenta con la garantía de los procesos.
- Jhon fredy! No recibe E.B. porque está declarado en adoptabilidad, está inscrito a cultuante.
- Jaimey! Recibe E.B. cada 8 días con progenitora, debido a la edad no realiza prácticas de cuidado y comunicación, cuenta con la garantía de los procesos que requiere.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

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 ordenadas, pero no cuenta con boletines debido a lo cual no está inscrito al área 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)

- Nota: cuenta con la dotación, en óptimas condiciones de aseo y conservación. Nota: cuenta con la dotación.

Antes de Imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

en óptimas condiciones de cuido y uso personal.

• **Thon freddy:** Cuenta con toda la dotación en óptimas condiciones de cuido y uso personal.

• **Jenny:** No cuenta con dotación corolas debido a la edad, la demás dotación está en óptimas condiciones de cuido y 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		
Carta de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la MS se encuentra actualizada a la fecha, archuada y legada, la red de apoyo actualizada con la documentación y archuada correctamente al igual la composición familiar.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

☒ SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
☐ NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La unidad de servicio se encuentra en óptimas condiciones de aseo, higiene y asepsia. tiene ventilación e iluminación natural, alimentos rotulados y almacenados en alambres.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF YA LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

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 MJ 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:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☒ Diálogo con miembros de la familia.
- ☒ Diálogo con vecinos, instituciones, otros.
- ☒ Observación a vivienda, dotación, otros.

Resultados de la Visita:

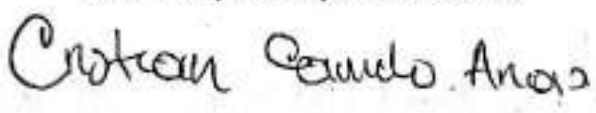
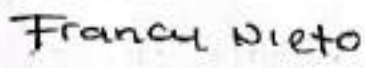
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		FRANCY YORLAY NIETO COTACIO	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
			
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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Cristian David Acosta C

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Francisco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Acosta A

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Yohan Sebastian Jara

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Francy pieta

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Castro, Corina A

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Francisco Abella

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Francisco

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Carlos Camilo A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL

Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma por la edad

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Francy Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristina Camelo A

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Franca Nieto.			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
			LOTE
¿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		
Franca Nieto	Cristian Camelo A.		

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Francy Corbion 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	Espojos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran 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 elementos de protección, condiciones de aseo en óptimas.



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
Gustavo Permutu A	Francy Nieto
Firma de la persona que realiza la verificación	Firma
Gustavo Permutu A.	Francy Nieto.
cc. b 024200 T.P 100272019	cc 23 464 87 41
Celular: 315243671	Celular: 3222889309.
Correo electrónico:	Correo electrónico:

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSIÓN 1 PUYTO 0001- 01/04/2022 FECHA DE APROBACIÓN: 01/04/2022			
		FECHA: 28/03/2025 NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Francis Nieto CENTRO ZONAL: La Piedad NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristóbal Gamito 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 realizó la visita?		X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?		X			
		X			
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)				SI	NO
5. ¿El profesional socializó de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?				X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?				X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?				X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, sollicita permiso?				X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?				X	
Observación de la Madre Sustituta: 					
Firma de la Madre Sustituta: Francis Nieto					

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 11

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 20/03/2025

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 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
20/02/2025	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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 11

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido GOMEZ	Segundo Apellido ARDILA	Nombres 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 ALVAREZ

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... plense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 11

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido GOMEZ	Segundo Apellido ARDILA	Nombres LEIDY CONSTANZA
	Identificación:		
Dirección: CALLE 6 N. 3-79 URBANIZACION CONFAMILIAR		Tel. Fijo NO TIENE	Celular 3138961014
Barrio: CIUDADELA CONFAMILIAR		Correo electrónico: legomez19930@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 11

3	KRISHDAEL MARTINEZ BARONA	5/09/2012	T I 1096037678	23438454	21/12/2023	COMISARIA LA PLATA
4	LIAM SEBASTIAN ESPAÑA CURACA	16/01/2014	T I 1080944641	1764450560	17/03/2025	CLAUDIO LÓPEZ / 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 ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Goza de un buen estado nutricional.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Adopta hábitos alimenticios saludables.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☒	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☒	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 11

Cuenta con el respectivo documento de identidad	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No
Recibe atención psicosocial	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No

Descripción general de lo encontrado:

Dicen: Cuenta en otras cosas en salud al decir, Psicología para
abrir, Pretrasmisión de esta transmitiendo las cosas, no hay agendas,
Psicología para muchos de psicología de rehabilitación terminada, pero
actitudes en salud por psicología y no lo ha realizado, la MS le ha
pedido de muchas formas y en no cuenta las cosas, respecto al manejo
del caso no ha cumplido en los acuerdos y se ha generado desconfianza
en el hogar por esta razón se cuenta seguir otros.

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	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 11

	1	2	3	4	5
corto, mediano y largo plazo.					
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐

Descripción general de lo encontrado:

Tina: Ujwara que se reintegró a Unidad de Servicio el 10 de mayo después de estar en medida hospitalaria en la Clínica Uros donde entregó historia clínica y exámenes de los diferentes exámenes tiene seguimiento en 6 meses, en tener se tiene la dificultad que al estar hospitalizado en menor fue brevemente la EP, pero este mismo se recomienda comunicar al odontólogo para que no colabore con este parte.

Kathia: tiene atenciónes en salud al día, Psicología Clínica para el maltrato, tratamiento de odontología terminado

Liam: Ujwara que ingresó el 17 de mayo, debido a que quien, con atenciónes en salud para iniciar la M que está gestando historia de EP.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 11

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 carpetas de los usuarios al día, con atenciones que cada uno registra al día.
Con lo que está iniciando en el proceso 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 A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F 14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 11

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 alumnos cuentan con dotación al día y en buen estado.
También tiene pendiente entrega de dotación pedagógica.
Se nota la superación a la gestora para que esta ayude a
esta gestión.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 11

Observaciones:

Compartir de las nuevas instituciones al día, con documentación al día y actualizadas

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 11

Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
------------------	----	----	----	----	----	----	----

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Unidad de servicios con condiciones de aseo y orden adecuado, alimentos suficientes para la alimentación de los usuarios, dormitorios limpios y aseo.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☐ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☐ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 11

Resultados de la Visita:

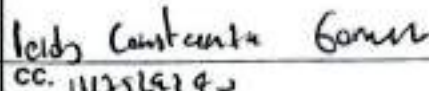
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Notas:

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 11 de 11

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita LEIDY CONSTANZA GOMEZ ARDILA	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1081397052		CC. 111756343	
Celular: 3147988239		Celular: 3138961014	
Correo electrónico: hpsicologiaplata@fundacionyotecuido.com		Correo electrónico: 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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Dicen cuenta con dotación del doce y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Leidy Gama

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA : Dairon Leonardo Baxi

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gentalet

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Kristhriel cuenta dotacion al día y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Kristhriel Martinez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Luis Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	+	
Peinilla o cepillo	+	
Tapabocas dos unidades por cada niño	A	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	✓	
Bloqueador solar	+	
Champú	+	
Crema dental	+	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	+	

OBSERVACION GENERAL
<p>Tener cuenta con la dotación adecuada y buen uso.</p>

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Lady Gove

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gontales

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
<p>Todo correcto en la dotación al día y buen uso.</p>

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Luisa Gomez

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	20/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plata.		
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Leidy Constanza Esmel.					
	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 ha sido entregada.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Leidy Constanza Esmel.		Shirley Esmel	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad	X	
26	Paredes limpias	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
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 óptimas adecuadas para la prestación del servicio



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: Ledy Constante Gomez A.

Dirección: 016 #3-79

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	✓	
3	Sin grietas.	✓	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	✓	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	✓	
6	Sin humedad.	✓	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	✓	
8	Ventilación e iluminación natural.	✓	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	✓	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	✓	
11	Baños con puertas seguras.	✓	
12	Sanitarios en perfecto estado.	✓	
13	Espejos en perfecto estado.	✓	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	✓	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	✓	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	N/A	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	N/A	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	N/A	
19	Los balcones deben tener protección.	N/A	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	✓	
21	Los cables deben estar cubiertos.	✓	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	✓	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	✓	



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	Luis Carlos Gomez
Firma de la persona que realiza la verificación	Firma
Shirley Gonzalez	Luis Carlos Gomez
CC. 188547052 TP 172053	CC 1117512340
Celular: 3147939639.	Celular: 338261014.
Correo electrónico:	Correo electrónico:

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSION 1 FORTC-0006 01/09/2012		
			FECHA DE APROBACIONE SIGNADA		
FECHA: 20/03/2025					
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Lady Gamal					
CENTRO DONDE: La Piedad					
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Sindy Gonzalez					
OBSERVACIONES PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)					
ASPECTO A EVALUAR		MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?		X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?		X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?		X			
		X			
OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)				SI	NO
5. ¿El profesional explica 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:					
Lady Gamal FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA					

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

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:

Nombre FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Dirección CALLE 13 # 5E - 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	Teléfono 3124564343
--	--	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos CRISTIAN CAMILO ARIAS	CC. 1010242019	Celular 3112431071
--	-----------------------	---------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>17/03/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Diana Paola Puliche</u>	Entidad que realizó la visita <u>ICBF</u>
-----------------------------------	---	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	Primer apellido DORADO	Segundo Apellido QUIJAN	Nombres MARISANDA
	Identificación: 36.380.700		
Dirección: Calle 3 Sur # 7-13		Tel. Fijo	Celular 3112035880
Barrio: CAMILO TORRES		Correo electrónico: marisandadorado@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	ADAN LAVAO RIVERA	5-10-2014	T.I 1077241418	23433836	02/01/2025	DEFENSORIA SEGUNDA DE FAMILIA/ELIANA ALVAREZ
2	JUAN JOSE PAI EMBUS	23-05-2007	T.I 1117784940	23440824	26/12/2024	DEFENSORIA 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.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 10

5						
---	--	--	--	--	--	--

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
------------------------------	--	--	--	--	--

Descripción general de lo encontrado:

- Adán: Salíó de la clínica Medugal, Girardot - Condumareca el 18-03-2017, ingresó el 22-01-2025, la Md se encuentra en trámite de citas por: 1, electrocardiograma, de ritmo, p de superficie Sor, 12 pseterapias individual por psicólogo 3 por semana, 12 por mes, Aducción de prueba por Neuropsicología (cualquier tipo), Prueba Neuropsicología (Prueba mil) 12 terapias fonocardiología integral, 12 terapias rehabilitación cognitiva, (las terapias 3 por semana, 12 por mes), exámenes: Creatinina en suero u orina, la Md refiere que todo está automatado, pero no está o tiene convensa Sorita, Para las terapias fonocardiología, usa el grado 4to.
- Juan Jose: Se encuentra validando mediante guías, Pendiente cita Psiquiatría (no contestan en cómo lo lleva) tiene examen del estado de desarrollo del adolescente.

Se recomienda a la Md solicitar apoyo de la Gestora de caso para las citas y procesos de Adán Javari.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

- Adan: Vinculado a colibrante nativo y jovenes de 9 a 11 años, no cuenta con elementos biológicos debido a que esta en adoptabilidad, el comportamiento se estroza por las fatigas de discriminación, se gusta compartir, hacer aseo en la unidad, consume todos los alimentos y buen patrón de sueño.
- Juan Jose: No cuenta con vinculación familiar en el Pord, mejoró el comportamiento, consume todos los alimentos, buen patrón de sueño, aún presenta dificultad con los hábitos de aseo personal,

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSEF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

ha presentado buen rendimiento académico en la validación del bachiller, no cuenta con calificado escolar, porque están en proceso de aprobación por parte del ICBF, pero si recibe las guías, participa en Cultivante y Gimnasio como actividades extracurriculares.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	✓		✓							
Acta de colocación	✓		✓							
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	✓		✓							
Valoración/Seguimiento Psicológica	✓		✓							
Valoración/Seguimiento Nutricional	✓		✓							
Valoración Médica	✓		✓							
Fórmulas Médicas	✓		✓							
Carné de Salud	✓		✓							
Citas Médicas	✓		✓							
Registro Civil	✓		✓							
Documento de Identidad	✓		✓							
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	✓			✓						
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	✓		✓							

Observaciones:

- Adán: la carpeta se encuentra actualizada, legajada y debidamente archivada.
- Juan José: la carpeta se encuentra legajada, debidamente archivada, no cuenta con boletín escolar debido a que en el proceso de validación aún no suministran el documento.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1501 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

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)

- Adan! Cuenta con la respectiva dotación en optimum 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	✓		
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	✓		

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la MJ se encuentra actualizada, legada y archivada correctamente, igualmente la documentación de los roles de apoyo están actualizados.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1531 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

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 óptimas condiciones de aseo y asepsia, ventilación e iluminación natural. Los alimentos rotulados, almacenados en 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 exámenes de Adm. Laboral y Junta de Paz, de igual manera dar a conocer al operador de Auto. Administrativo cualquier eventualidad que se presente con los usuarios.

Actividades desarrolladas en la visita:

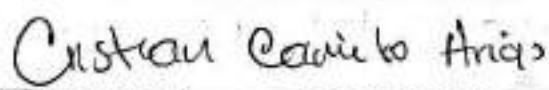
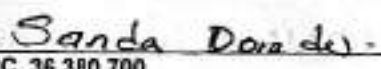
- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☒ Diálogo con miembros de la familia.
- ☒ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☒ Observación a vivienda, dotación, otros

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita MARISANDA DORADO QUIJAN	
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1010242019		CC. 36.380.700	
TP. 1010242019		Celular: 3112035880	
Celular: 3112431071		Correo electrónico: marisandadorado@gmail.com	
Correo electrónico: yotecuidofundacionsocial@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 considerará como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Conta en la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Juan Jose Pui

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Sandra Dorado

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Cuervo A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	✓	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	✓	
Bloqueador solar	✓	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	✓	
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 Dando

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Enstom Camilo A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Hanabanda 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	Espijos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
 NIT: 901496702-9
 Calle 11 N 3 -80
 Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
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.	✓	
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 vivienda y aseo.



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 Comito A.	Sandra Dorado
Firma de la persona que realiza la verificación	Firma
Cristian Comito A.	Sandra Dorado
cc. 10024204 T.P. 101041012	cc. 36 34 400.
Celular: 3112831071	Celular: 311 203 5880
Correo electrónico:	Correo electrónico: malsanadate de @gmail.com

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL</p> <p>YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1</p> <p>FSYTC-026-</p> <p>01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	27-03-2025	CENTRO ZONAL	La plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Monsanda 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 Bienestarinos			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Sanda Dorado.		Christian Camilo Arias	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
 NIT: 901496702-9
 Cel. 3206193497



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN PUEBLO-016-016/000

FECHA DE APROBACIÓN: 01/01/00

FECHA: 27-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Marijanda Dorado

CENTRO ZONAL: La Plata

NOMBRE DEL PROFESIONAL EVALUAR: Cristian Emilio Ariza

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califico 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 califico el tiempo y la forma en la que se realizó la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

	SI	NO
6. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?		
7. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
8. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
9. ¿El profesional al despedirse por la vivienda, solicita permiso?	X	
10. ¿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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 27/03/25

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☒	Casa hogar ☐
---------------	--	-------------------------------------

Regional Hila Centro Zonal Phalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Social Totecuido</u>	Dirección <u>Cl 1A # 5.-52 Barrio Trinidad</u>	Teléfono <u>320677470</u>
---	---	------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny A. Buitrago</u>	CC. <u>1042397014</u>	Celular <u>320677470</u>
---	--------------------------	-----------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>26/02/24</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexander Buitrago</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Social Totecuido</u>
---------------------------------	--	--

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Pozas</u>	Segundo Apellido <u>A. Andueza</u>	Nombres <u>Yuli Andueza</u>
Identificación: <u>7083.887.399.</u>			

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 13/02/2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila _____ Centro Zonal la plata _____

Entidad que realiza el seguimiento:

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Calle 13 # 5E – 34 VILLA DEL PRADO	31224564343
------------------------------	------------------------------------	-------------

Profesional que realiza el seguimiento:

NOMBRES Y APELLIDOS SHIRLEY GONZALEZ	C.C 1081397052	CELULAR 3147988239
---	-------------------	-----------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>13/02/2025</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Cristian Camilo Arias A</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundacion social yo te cuido</u>
-----------------------------------	---	--

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8 am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DELICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	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 Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

4	MARIA ISABELA SANCHEZ HERNANDEZ	17/07/2014	T.I 1081418084	23440240	6/09/2024	ALONSO MARTINEZ / DEFENSORIA PRIMERA
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	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 ☐

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
------------------------------	--	--	--	--	--

Descripción general de lo encontrado:

Muriana: atención en salud al día, tiene atención para terapias ocupacionales a la espera de asignación de cita por la EPI, atención por psicóloga el 9 de enero donde fue dada de alta y control sea reintegrado al medio familiar, pendiente asignar cita por Psicóloga para el mes de marzo, ante la exclusión a colibrí de la semana, *Arbolito de la vida*.

Vatin: atención en salud al día, pero a crecimientos y desarrollo el 14 de marzo control en la casa es remitido para pedir bre la M) se encuentra gestionando cita con EPI para la asignación de la cita, pendiente cita con nutricion EPI ya que se termina 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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICIF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
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 ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐

Descripción general de lo encontrado:

Naby: atenciones en subel al día, Control por Psicología propia
 Mudo para el 19 de mayo, control de cya en agosto. Exclavizarse
 Institución educativa Muel Brito en el grado tercero.
 Mudo Rubel: Control del buen para agosto, Psicología para EPS
 para el 19 de mayo, psicología tratamiento activo, Exclavizarse
 en la institución educativa Luis Carlos Hoyos todo sin material grado tercero

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

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 organizada, documentación al día y organizada para cada niño según los requeridos 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 grupos cuenta con dotación al día y en buen estado, orden evidente en la tenencia de cada

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SE TIENEN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

Orde de las visitas de seguimiento.

/	/	/
---	---	---

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Unidad de servicio con evidente orden y aseo.
 Alimentos debidamente rotulados y almacenados
 habitaciones aseo y organizadas.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros).

Sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 10 de
10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
Nory Shubert Gonzalez O.		OLGA BEATRIZ SOLÓRZANO	
Shubert Gonzalez		Olga Beatriz Solórzano C.	
CC.1081397052	TP. 172058	CC. 36.381.366	
Celular: 3147988238		Celular: 3115996113	
Correo electrónico: hspsicologia@plata@fundacionyolecuido.com		Correo electrónico: Masanchez09@misena.edu.co	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	/
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Muy buena cuenta con la dotación al día y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: María Elena Gómez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Olga Beatriz Solano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley González

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	☒	
Cepillo dental	☒	
Ceda dental	☒	
Peinilla o cepillo	☒	
Tapabocas dos unidades por cada niño	☒	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	☒	
Bloqueador solar	☒	
Champú	☒	
Crema dental	☒	
Papel Higiénico	☒	
Gel Antibacterial	☒	
Cepillo y betún para zapatos	☒	

OBSERVACION GENERAL

Isabella tiene su dotación al día y buen uso

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Maria Isabella Sanchez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Olga Beatriz Solano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Fontellat

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
No tiene su obtención y leche cubren uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Olga Patricia Solano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
	PERSONAL	
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
	USO COMUN	
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Niños cuentan con la dotación y buen cod.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Olga Beatriz Solano C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gantika

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plater.		
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA					
Olga Beatriz Solórzano Carpio					
	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 sustituta hace la petición para que pronto se sea entreguiese.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Olga Beatriz Solórzano		Shirley González	



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 Solizano

Dirección: Cra 4 # 29-9301.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espejos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	N/A	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	N/A	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	N/A	
19	Los balcones deben tener protección.	N/A	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	y	
26	Paredes limpias.	y	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	y	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	x	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	x	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	x	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	x	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	x	
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 cumple con los requerimientos.



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
Nary Shirley Gontalez O.	Olga Beatriz Salazarano.
Firma de la persona que realiza la verificación	Firma
Shirley Gontalez	Olga Beatriz Salazarano L.
C.C. 1081397352 T.P. 171058.	C.C. 36.381.366.
Celular: 314798823.	Celular: 3115596113
Correo electrónico:	Correo electrónico: olgacelozano0412@gmail.com

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSIÓN 1 FSYTC-0008- 01/08/2022		
			FECHA DE APROBACIÓN 01/08/2022		
FECHA: <u>13/09/2025</u>					
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: <u>Olga Beatriz Solórzano</u>					
CENTRO ZONAL: <u>La Piedad</u>					
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: <u>Shirley Gentalet</u>					
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)					
ASPECTO A EVALUAR		MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?			X		
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?			X		
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?			X		
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?			X		
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?			X		
			X		
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)				SI	NO
6. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?				X	
7. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?				X	
8. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?				X	
9. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?				X	
10. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?				X	
Observaciones de la Madre Sustituta:					
<u>Qui Continuar Visitando</u>					
<u>Olga Beatriz Solórzano</u> FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA					

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 18/03/2025.

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 BARRIO VILLA DEL PRADO	3107865661
------------------------------	---	------------

Profesional que realiza el seguimiento:

SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ	CC 1081397052	3147988239
--------------------------	---------------	------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	18/03/2025. Cristian Camilo Arroyo.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
--------------	-------------------------------------	------------------------------

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	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. 1081618553	23435254	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.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 10

Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

John Carlos: cuenta con extensiones al día, pendiente continuación de cita por odontología y continúa tomando upirideno, respaldina y ácido valproico, los cuales a himlar muy bien, su comportamiento es adecuado y hace actividades de acuerdo a sus capacidades.

Daniela: atenciones en salud al día, pendiente continuación por nutricion, Experiencia de conciliación al día, inicio etapa de refunción institucional educativa, juega echando dados con Rolo.

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR		F14 MO4.P	27/07/2021
			Versión 1	Página 3 de 10

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.J 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 ☒ 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 ☐

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X		X			
Acta de colocación	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X			
Valoración Médica	X		X		X		X			
Fórmulas Médicas	X		X		X		X			
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:

Documentación de cada caso actualizada y según las atenciones de cada caso.

Definir: cuenta en las atenciones en salud al día, pero por nutrición y con diagnóstico bajo peso para la edad, remitido para Psicología clínica.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar	X		X		X		X			
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
plazo.					
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☐ No ☒
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☐ No ☒
Realiza prácticas de autoprotección.	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☐ No ☒
Realiza prácticas de autocuidado.	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☐ No ☒
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☒ No ☐	SI ☐ No ☒

Descripción general de lo encontrado:

Letanía: atenciones en salud al día, continúan con tratamiento de odontología para 19 de marzo tiene cita asignada,
Pendiente pasar por Psicología Clínica, (citas se asignan) por el hospital, Se está tramitando cita para prueba cognitiva,
Pendiente pasar por retención EPS. para el 19 de marzo, En Psicología fue remitido a Psicología Clínica, vinculados indirectamente a psicología clínica en grado primero.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

Revisión de espacios:
En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Los usuarios 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 exámenes de capacitación y manipulación de alimentos que vencen en abril.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

las condiciones de aseo y orden de la unidad de vivienda son buenas, se hacen recomendaciones mínimas respecto al orden del espacio. Brinquen respecto a sus cosas personales.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

No se dejan hallazgos.

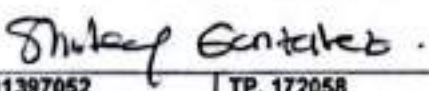
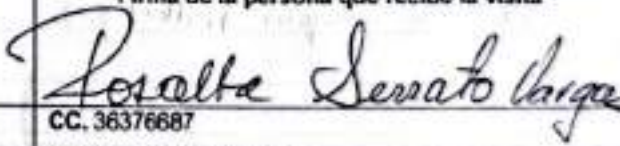
Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F 14 MO4 P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Resultados de la Visita: (Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)	
☒ Condiciones satisfactorias ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado. ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado. ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.	
SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ Firma de la persona que realiza la visita 	Rosalba Serrato Firma de la persona que recibe la visita 
CC.1081397052	TP. 172058
Celular: 3147988239	CC. 36376687
Correo electrónico: f.fundariaplata@gmail.com	Celular: 3222408941
Correo electrónico: rosaltaserrato421@gmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Dentro cuenta con su dotacion alabada 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

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
La dotación es adecuada y se entregó a los niños.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosalba Guerrero Vargas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Thelma Gomez

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas		X
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Brazos con la dotación al día y adecuado.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Bryan Gutierrez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosalia Serrato Vargas

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gontier

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas		X
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos		X

OBSERVACION GENERAL
Juan Carlos tiene su dentadura al día y buen uso.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Rosalba Serrato

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	18/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plantea.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Rosalba Serrato			
	SI	NO:	UNIDAD AAVN
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?	/	/	/
			LOTE
			FECHA DE VENCIMIENTO

	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 falta que le hace, por tanto solicita se haga entrega para este año.	
FIRMA MADRE SUSTITUTA	NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL
Rosalba Serrato Varga	Shirley Gentile.

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS		VERSIÓN 1 PSYTO-0006- 01/06/2022		
			FECHA DE APROBACIÓN: 01/06/2022		
FECHA: 18/03/2025					
NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Roxalba Serrato					
CENTRO ZONAL: La planta					
NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Shirley Centulet					
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)					
ASPECTO A EVALUAR		MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?		X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?		X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?		X			
		X			
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)				SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?				X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?				X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?				X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?				X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?				X	
Observaciones de la Madre Sustituta:					
					
FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA					



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Pascalba Serrano

Dirección: Car 4 # 8-59

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	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	✓	
26	Paredes limpias.	✓	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	✓	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	✓	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	✓	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	✓	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	✓	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	✓	
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.	✓	
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.	✓	
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.	✓	
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.	✓	

OBSERVACIONES

La Unidad de Servicio cumple con las condiciones habitacionales.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/03/2015

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☒	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	-------------------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional _____ HUILA _____ Centro Zonal _____ LA PLATA _____

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	CALLE 13 N.5 E 34 VILLA DEL PRADO	3124564343

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
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
17/03/2015	Enca Katherine	ICBF

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Responsable del Hogar	Primer apellido CALDERON	Segundo Apellido USECHE	Nombres WILSON
Identificación: 12271884			
Dirección: Calle 19 No. 1AE - 04		Tel. Fijo NO REFIERE	Celular 3103311759 - 3154138976
Barrio: Ciudadela San Miguel		Correo electrónico: calderonusechewilson@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	MAUREN STEFANY GONZALEZ CAMPOS	02-05-2009	T.I 1059765782	23439965	08-08-2024	DEFENSORIA PRIMERA ALONSO MARTINEZ
2	SHARIT TATIANA MOSQUERA TITIMBO	09-03-2019	REGISTRO CIVIL 1080267595	1764277737	6-09-2024	DEFENSORIA PRIMERA/ALONSO MARTINEZ
3	LUISA FERNANDA PARRA MEDINA	7/10/2021	REGISTRO CIVIL 1080268464	23439972	2º-08-2024	DEFENSORIA PRIEMRA/ALONSO MARTINEZ
4	ZAHIR ALAHIAN	21/11/2024	REGISTRO CIVIL	23352234	26/02/2025	COMISARIA DE FAMILIA AGRADO-

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

Versión 1

Página 3 de 10

	DURAN PIZO		1079392844			HUILA
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Descripción general de lo encontrado:

- Maureen: tiene pendiente odontología 31-03-2025, vacunas 25-04-2025, control jawel mayo cuando cumpla 16 años, psicología Mayo.
- Sharif: Psicología en junio, Higiene oral junio, odontología 31-03-2025.
- Levi Poiré: Control en Abril, Nutrición junio, odontología mayo, higiene oral abril.
- Zahir Alahuan: Nutrición 20- tuvo 12 meses, control primera infancia a marzo, vacunas tuvo 21 meses, pendiente Pechatris.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Descripción general de lo encontrado:

- **Mayera:** recibe E.B con tra línea materna, cuenta con todos los procesos, participa en bisiteria, es malgenada pero se le para, responsable con el estudio. • **Shant:** recibe E.B con el padre, cuenta con todos los procesos, está en cultwarte, es mentiroso, raya las paredes, la más la cuenta. • **Luis:** recibe E.B con la abuela, no aplica por la edad para actividad extracurricular, en reportamiento ha estado peleando en el hogar infantil, actúa de acuerdo a la edad. • **Zaher:** consume los alimentos, duerme bien, no ha presentado complicaciones en salud. está bien nutricionalmente.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	☒		☒		☒		☒		☒	
Acta de colocación	☒		☒		☒		☒		☒	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X			
Valoración Médica	X		X		X		X			
Fórmulas Médicas	X		X		X		X			
Carta de Salud	X		X		X		X			
Citas Médicas	X		X		X		X			
Registro Civil	X		X		X		X			
Documento de Identidad	X		X		X		X			
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X			X		X		
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X			

Observaciones:

- Mauren! Cuenta con toda la documentación actualizada a la fecha y registro de experiencias bien diligenciado.
- Shant! Cuenta con toda la documentación actualizada, registro de experiencias bien diligenciado.
- Luba! No cuenta con boletín escolar debido a que aun esta en hogar infantil.
- Zahir! la documentación esta actualizada a la fecha, no cuenta con boletín debido a la edad.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar	X		X		X			X		
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Los usuarios cuentan con la dotación en óptimas condiciones de aseo y uso personal, Zahir no cuenta

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

con dotación exacta debido a la edad.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

☒ SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
☐ NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La Unidad de Servicio se encuentra en óptimas condiciones de aseo, orden y asepsia, los

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICIF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

alimentos debidamente rotulados, la docena con alimentos en óptimas condiciones de consumo.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carta de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La carpeta de la MS se encuentra actualizada, legada y archivada correctamente a la fecha. La documentación de las redes de apoyo y composición familiar actualizada.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

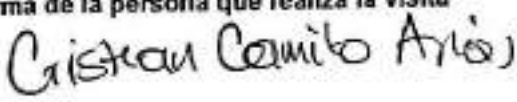
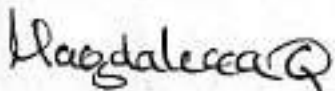
 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

— No se dejan hallazgos.
 Se recomienda al Padre Sustituto dar a conocer al Operador y Autoridades Administrativas cualquier eventualidad que se presente con los usuarios.

Actividades desarrolladas en la visita:	
☒	Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒	Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☒	Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☒	Diálogo con miembros de la familia.
☒	Diálogo con vecinos, instituciones, otros.
☒	Observación a vivienda, dotación, otros.
Resultados de la Visita: (Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)	
☒	Condiciones satisfactorias
☐	Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐	Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐	Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita WILSON CALDERON USECHE
Firma de la persona que realiza la visita 		Firma de la persona que recibe la visita 
CC.1010242019	TP 1010242019	CC. 12271864
Celular: 3112431071		Celular: 3217612621
Correo electrónico: yoteculdofundacionsocial@gmail.com		Correo electrónico: calderonusechewilson@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1501 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>
		<p>Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022</p>	

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	26/03/2025	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Wilson Calderon			
	SI	NO:	
¿LA UNIDAD CUENTAN CON AAVN?		X	

	SI	NO:	OBSERVACIONES
¿LAS UNIDADES AAVN SE ENCUENTRAN ALMACENADAS DEACUERDO A LO QUE INDICA EL LINEAMIENTO?			
COMPROMISO Y RECOMENDACIONES:			
No cuenta con Bienestarina			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
Hagedalucia D Red de apoyo		Cristian Camilo A.	

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACION DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPCIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Wilson Calderon

Dirección: Calle 19 # 19E-04.

No.	Condición Habitacionales	Cumple	No cumple
2	Sin goteras.	X	
3	Sin grietas.	X	
4	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos.	X	
5	Puertas seguras y con buen mantenimiento.	X	
6	Sin humedad.	X	
7	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.	X	
8	Ventilación e iluminación natural.	X	
9	No debe haber olores fuertes o desagradables.	X	
10	Baños con adecuado sistema de agua y ventilación.	X	
11	Baños con puertas seguras.	X	
12	Sanitarios en perfecto estado.	X	
13	Espijos en perfecto estado.	X	
14	Las áreas deben estar en perfecto orden.	X	
15	No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.	X	
16	Las escaleras no deben tener grietas.	X	
17	Las escaleras deben tener pasamanos.	X	
18	Las escaleras deben tener rejilla o puerta provisional que separe la planta física de las escaleras y por tanto impida la ocurrencia de accidentes.	X	
19	Los balcones deben tener protección.	X	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
 NIT: 901496702-9
 Calle 11 N 3 -80
 Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	X	
26	Paredes limpias.	X	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	X	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	X	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	X	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	X	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	X	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
33	Despensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	X	
40	Los elementos cortopunzantes (cuchillos, tijeras, bisturí, navajas, lancetas) se encuentran 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 óptimas condiciones de aseo.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

<p>Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación</p> <p>Cristian Camilo Ariza</p>	<p>Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita</p> <p>Wilson Calderón</p>
<p>Firma de la persona que realiza la verificación</p> <p>Cristian Camilo A.</p>	<p>Firma</p> <p>Magdalena Q</p>
<p>CC. 10064209 T.P. 00000000</p>	<p>C.C. 17271864</p>
<p>Celular: 311243071</p>	<p>Celular:</p>
<p>Correo electrónico:</p>	<p>Correo electrónico:</p>

	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS	VERSION 1 PSYTC-003- 01/03/2022 FECHA DE APROBACION: 01/03/2022			
		FECHA: 28/03/2025 NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Wilson Cordero CENTRO ZONAL: La Plata NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Cristhian Camilo Trujillo			
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)					
ASPECTO A EVALUAR		MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?		X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?		X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realizó la visita?		X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?		X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?		X			
		X			
OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)				SI	NO
5. ¿El profesional socializó de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?				X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?				X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?				X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?				X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?				X	
Observaciones de la Madre Sustituta:					
El profesional fue respetuoso, realiza bien la visita. Gladys A. FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA					

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS

USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL

Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Mauren Gonzalez

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Magdalena G

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo Arango

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Creata con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma
FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Hazdaleuca Q
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Cuenta con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma
 FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Angela P
 FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Cermeño A

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
 NIT: 901496702-9
 Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Peinilla o cepillo	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Contra con la dotación

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Magdalena R

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Cristian Camilo A

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.M04.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

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 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Dirección CALLE 13 # 5E – 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	Teléfono 3124564343
--	--	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos SHIRLEY GONZALEZ	CC. 1081397052	Celular 3147988239
---	-----------------------	---------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 21/03/2025	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita Diana Paola Puliche	Entidad que realizó la visita ICBF.
--------------------------------	--	--

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8 am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido ARANDIA	Segundo Apellido MARTINEZ	Nombres YOHAIIRA
	Identificación: 55.131.290		
Dirección: CARRERA 2 N° 9-15		Tel. Fijo	Celular 3166034632
Barrio: BARRIO BELLO HORIZONTE		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	KAREN SOFIA CACERES ARGOTY	23/11/2010	T.I 1.145.826.215	23439056	7/03/2024	COMISARIA DE FAMILIA LA ARGENTINA/ ALEXIS NICOLAY PATIÑO
2	DANIELA ALEJANDRA VILLAMIL	10/10/2009	T.I 1081408637	23438475	28/12/2023	COMISARIA DE SAN AGUSTIN
3	MELANY FRANCENETH PLAZAS SILVA	23/06/2008	T.I 1076506124	23698771	4/03/2025	COMISARIA DE FAMILIA VILLAVIEJA
4	SEBASTIAN TAMAYO PARRA	30/11/2013	T.I 1082129516	SIN INFORMACION	7/03/2025	COMISARIO DE GUADALUPE

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

5	INGRID LORENA MUSE ALONSO	14/10/2024	R.C. 1.062.096.627	23441400	25/03/2025	DEFENSORIA SEGUNDA DE FAMILIA/ELIANA ALVAREZ
---	---------------------------	------------	--------------------	----------	------------	--

* Anule los renglones no utilizados.

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☐ No ☒	☒ No	☐ No ☒	☐ No ☒	☐ No ☒
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 10

Recibe atención psicosocial	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
-----------------------------	--	--	--	--	--

Descripción general de lo encontrado:

Karen: Cuenta con atención de salud al día, higiene oral para el 4 de agosto del 2021, tratamiento de odontología terminado, control del juez por toxicología del 2021, cita por Psiquiatría para el 2 de abril, control de Psicología de abiliación en Psicología clínica para el 11 de abril. Vinculada extrajudicialmente. Pendiente una atención extra.

Daniel: Atención en salud al día, higiene oral para julio, tratamiento de odontología terminado, control del juez por 16 de mayo, Psiquiatría extra pendiente para alinear, Neurología pendiente para alinear, he en unión extrajudicial, Psicología 30 de abril vinculada al sistema extra. Luis combi jugó.

Melany: Atención en salud al día, vinculada a familia con atención en la plaza. Rizo por madre general, atención en psicología 1 de abril, pendiente unode extrajudicial, inicio tratamiento de odontología para control del juez sin vinculación al sistema extra por determinación de la administración. Cita a extrajudicial de Daniel.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ No	☐ Si ☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL IJF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Realiza prácticas de autoprotección.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Realiza prácticas de autocuidado.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐

Descripción general de lo encontrado:

Sujetos: niños que se encuentran en medidas hospitalarias en la Clínica Hord de Nueva ciudad recibe tratamiento por epilepsia y demás especialidades, vinculado a la EPS Asimeth Salud concatenando en la práctica. Ingresó: ingreso a la ciudad el 25 de marzo y se actualizan atenciones en salud según el 1 de abril, con las especialidades de medicina general, odontología, control del peso y psicología.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X		X		X	
Acta de colocación	X		X		X		X		X	
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X		X	
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X		X	
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X		X	
Valoración Médica	X		X		X		X		X	
Fórmulas Médicas	X		X		X		X		X	
	X		X		X		X		X	
Carné de Salud	X		X		X		X		X	
Citas Médicas	X		X		X		X		X	
Registro Civil	X		X		X		X		X	
Documento de Identidad	X		X		X		X		X	
Boletines Escolares – del periodo actual cursado	X		X		X		X		X	
Registro de Experiencias –con fecha de último registro	X		X		X		X		X	

Observaciones:

Cada uno de los usuarios cuenta con sus atenciones en
 el área del caso y cuenta con su documentación requerida
 según atenciones que cada uno requiere.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F 14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

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)

Karen, Matilyn y no tienen dotación exacta debido que con respecto al sistema educativo, Ingrid se le ha solicitado dotación inicial debido que ingresó el 25 de mayo y se está dentro de lo terminado.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	✓		
Resolución de aprobación del Hogar	✓		
Copia documento de identificación	✓		
Constancia afiliación al SGSSS	✓		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	✓		
Constancia último grado de estudio	✓		
Constancias de Capacitaciones*	✓		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	✓		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	✓		
Carné de manipulación de alimentos	✓		
Certificación primeros auxilios	✓		
Carpeta de visitas al Hogar	✓		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

Observaciones:

Documentación al día y correctamente.

Handwritten notes and signatures on lined paper.

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

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 condiciones adecuadas de
aseo y orden, alimentaciones adecuadas para la
alimentación de los usuarios, dormitorios en orden, la
ropa de los usuarios debida y limpia, cada cuarto
cumple con funciones para aportar al orden y aseo de
la unidad.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14 MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 10 de
10**Resultados de la Visita:**

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
SHIRLEY GONZALEZ		YOHAI RA ARANDIA MARTINEZ	
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
CC. 1081397052	TP. 172058	CC. 55131290	
Celular: 3147988239		Celular: 3166034632	
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY

1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

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 FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Dirección CALLE 13 # 5E – 34 BARRIO VILLA DEL PRADO	Teléfono 3124564343
--	--	------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos SHIRLEY GONZALEZ	CC. 1081397052	Celular 3147988239
---	-----------------------	---------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita 17/03/2025	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita Diana Paola Poliche	Entidad que realizó la visita ICBF
--------------------------------	--	---

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 10

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido ARANDIA	Segundo Apellido MARTINEZ	Nombres YOHAI RA
	Identificación: 55.131.290		
Dirección: CARRERA 6 N° 8-68		Tel. Fijo	Celular 3166034632
Barrio: BARRIO SAN RAFAEL		Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒Plan Mejoramiento² ☐Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE
RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL
MOMENTO DE LA VISITA**

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	INGRID LORENA MUSE ALONSO	11/08/2007	TJ 1.052.080.825	23441400	25/03/2025	DEFENSORIA SEGUNDA DE FAMILIA/ELIANA ALVAREZ
2						
3						
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 10

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ 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.	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Descripción general de lo encontrado:**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1361 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 10

Brenda: Se le hizo traslado a la EPS Nueva para atenciónes en Subel en el municipio de la Plata, integrado al hogar sustituto el 25 de marzo, la Mj ya celestina atenciónes en Subel.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1591 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 10

	1	2	3	4	5
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:

Esta cargo de la progenitora quien cuida de ella en la ciudad de Caracas, se evidencian buen vinculo afectivo entre madre e hija

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	☒		☒		☒		☒		☒	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

[illegible]

Observaciones:

Computar microdatos con separadores y lista para ir alimentando con la documentación que se proporciona de los diferentes atenciones médicas que se realicen.

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)

Dotación inicial no se ha entregado luego hacer dos días a la modalidad de atención y se está bajo los términos para entrega de esta 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		

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1563 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	1		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	1		
Carné de manipulación de alimentos	1		
Certificación primeros auxilios	1		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

Documentación de la carpeta de la madre
Sustituta al área y autorización

/ / /

Revisión de espacios:**En cada casilla coloque**

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin 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:

Condiciones de servicio en comedores construidos de acero
alimentos necesarios para la alimentación diaria
vivienda.

177

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 10

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Sin hallazgos.

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

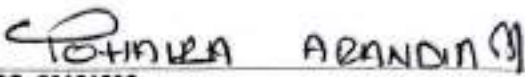
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita SHIRLEY GONZALEZ	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita YOHAIARA ARANDIA MARTINEZ
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1081397052 TP. 172058	CC. 55131290
Celular: 3147988239	Celular: 3166034632
Correo electrónico: f.fundarlaplata@gmail.com	Correo electrónico: Yohita2884@hotmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1581 DE 2012

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Crema anti pañalitis	X	
Jabón	1	
Cepillo dental	1	
Peinilla o cepillo	1	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE CERO (0) A DOS (2) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	1	
Champú	1	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	

OBSERVACION GENERAL
Bianca cuenta con lo necesario en aseo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: BRUNDA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Dulcef Gonzalez

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar		X
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Ingrid cuenta con la dotación de aseo y correctivo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Ingrid Lorena MUSE abiso

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: REBEKA REANDIA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Genta

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Karen controla su dotación al día siguiente.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Karen Sofia Caseres A...

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: SHAIRA ARANDA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Cortalez

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
ELEMENTO	PERSONAL	
	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
ELEMENTO	USO COMUN	
	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Danielita cuenta con su dotación al día y correctamente

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Daniela Nietenda Vilanova

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: FABIANA ARANDIA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 3 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	X	
Cepillo dental	X	
Ceda dental	X	
Maquina de Afeitar	X	
Desodorante	X	
Toallas higiénicas	X	
Peinilla o cepillo	X	
Tapabocas dos unidades por cada niño	X	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE DOCE (12) A DIEZ DIECIOCHO (18) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	X	
Bloqueador solar	X	
Champú	X	
Crema dental	X	
Papel Higiénico	X	
Gel Antibacterial	X	
Cepillo y betún para zapatos	X	

OBSERVACION GENERAL
Melany Coentro como dotacion y de enfermo.

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: Melany Coentro Plazas 3.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: CEBARRA ARANDIA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	DOTACION ELEMENTOS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL -USUARIOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 3

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
PERSONAL		
ELEMENTO	SI	NO
Jabón	☒	
Cepillo dental	☒	
Ceda dental	☒	
Peinilla o cepillo	☒	
Tapabocas dos unidades por cada niño	☒	

DOTACION DE IMPLEMENTACION DE ASEO E HIGIENE PERSONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE TRES (3) A ONCE (11) AÑOS		
USO COMUN		
ELEMENTO	SI	NO
Crema de manos y cuerpo	☒	
Bloqueador solar	☒	
Champú	☒	
Crema dental	☒	
Papel Higiénico	☒	
Gel Antibacterial	☒	
Cepillo y betún para zapatos	☒	

OBSERVACION GENERAL
Se traen siete kits (según dotación a las clínicas).

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO: No firma.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: S. BHAIRA ARANDIA M

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Shirley Gonzalez

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL</p> <p>YO TE CUIDO</p>	<p>FORMATO CONTROL DE BIENESTARINA</p>	<p>FECHA DE APROBACION</p> <p>01/08/2022</p>	<p>01/08/2022</p>
		<p>Versión 1</p> <p>FSYTC-026-</p> <p>01/08/2022</p>	<p>Página 1 de 1</p>

CONTROL USO DE LA BIENESTARINA UNIDADES DE SERVICIO

FECHA DE LA VISITA	28/03/2023	CENTRO ZONAL	La Plata.
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE SUSTITUTA			
Yohaira Arendeci.			
	SI	NO:	
¿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 ciudad de Barrio no cuenta con bienestar.			
FIRMA MADRE SUSTITUTA		NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL	
YOHAIKA ARENDECI		Shirley Gantier	



FUNDACIÓN 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 ASEPICIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS

Nombre responsable unidad de servicio: Yohanci Arandrea

Dirección: _____

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.	X/A	
19	Los balcones deben tener protección.	N/A	
20	Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente.	X	
21	Los cables deben estar cubiertos.	X	
22	Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	
23	El techo debe ser seguro, sin riesgos.	X	
24	Las sustancias tóxicas y medicamentos deben estar fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes.	X	



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

25	Las tomas eléctricas cuentan con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.	/	
26	Paredes limpias.	/	
27	Contar con lo necesario para el almacenamiento de residuos sólidos ordinarios y aprovechables.	/	
28	Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	/	
29	En la unidad de servicio se atiende a población con discapacidad física con necesidad de productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o caminadores y la infraestructura de la casa tiene los ajustes razonables para su movilización.	/	
30	La nevera de la vivienda se encuentra en buen estado y no tiene ningún elemento que impida a los habitantes de la casa abrirla, tales como cadenas o candados.	/	
31	Las viviendas en donde funcionan los Hogares Sustitutos no podrán tener cámaras en dormitorios o baños.	/	
32	Cocina en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
33	Dispensa en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
34	Comedor en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
35	Sala en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
36	Lavandería en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
37	Dormitorios en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
38	Baños en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
39	Espacio de estar en óptimas condiciones de limpieza y desinfección	/	
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.	/	
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.	/	
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.	/	
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 condiciones
óptimas.



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		[Firma]	
Firma de la persona que realiza la verificación		Firma	
Shirley Gonzalez		[Firma]	
cc.	T.P. 12058.	cc	5531200 B pbl-4
Celular:	3147928239	Celular:	3166034632
Correo electrónico:		Correo electrónico:	yphla2884@hotmail.com



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSION 1 FOTYD-005- 01/05/2009

FECHA DE APROBACION 01/05/2009

FECHA: 23/03/2025.

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Yohancra Arandrea.

CENTRO ZONAL: La Florida.

NOMBRE DEL PROFESIONAL EVALUAR: Shirley Gontalet

OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realizó la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			

OPINION PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

	SI	NO
5. ¿El profesional 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: Felicitar a la Psicóloga por el tiempo y apoyo.

YOHANCA ARANDREA M

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 28/03/25

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☒	Tutor	☐
Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐		

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Yotecoúdo	Cl 1 # 5-52 Barrio Unidad.	3206227470

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Jenny P. Quinto	1097392014	3206227470

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
28/25	Lucy Catalina Heneses	Fundación Yotecoúdo

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Sanchez	Rosero	Gloria Patricia
	Identificación: 36.208.958		

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera copia NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 2 de 10

Dirección: Cll 3 # 5A-26.	Tel. Fijo — 0 —	Celular 314 261 8535
Barrio: La Piedad	Correo electrónico: Patolin.Rayo@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Smile Sofia Alvia Vallejo	31/09/2012	693429544	23602934	12/04/2024	D. Cuarta Claudio Lopez
2	Kenn rthas Nales Realpe	29/03/2010	1045325209	23100612	12/07/2024	Javier Contreras D. Santa.
3	Sebastian Cuncun Celler	23/07/2019	1144633205	139023	12/07/2024	Claudio Hanson D. Santa.
4	Alexon deu Simancate.	24/06/2000	1004411813	23100388	12/07/2024	Ariel Hanson D. Santa.
5	Natireth duo Vargas.	17/07/2011	1115449404	23588067	12/07/2024	Ariel Hanson D. Santa.

* Anule los renglones no utilizados

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 10

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Alexander no le encuentran ni vinculado a educación,
ni está adelantando acciones para su protección de vida

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 10

debido a su discapacidad todos los demás usuarios cuentan con buena salud se encuentran adelantando acciones para su proyecto de vida, reciben atención Psicológica.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 10

Descripción general de lo encontrado:

De todos los usuarios Solo Solita Vallejo cuenta con encuentros biológicos, los demás no, todos participan en actividades recreativas, disfrutan de entornos protectores. expresan libremente sentimientos y emociones. Mantienen buena convivencia en la dinámica familiar

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	/		/		/		/		/	
Acta de colocación	/		/		/		/		/	
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	/		/		/		/		/	
Valoración/Seguimiento Psicológica	/		/		/		/		/	
Valoración/Seguimiento Nutricional	/		/		/		/		/	
Valoración Médica	/		/		/		/		/	
Fórmulas Médicas	/		/		/		/		/	
Carné de Salud	/		/		/		/		/	
Citas Médicas	/		/		/		/		/	
Registro Civil	/		/		/		/		/	
Documento de Identidad	/		/		/		/		/	
Boletines Escolares - del periodo actual cursado	/		/		/		/		/	
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	/		/		/		/		/	

Observaciones:

todos los usuarios cuentan con carpeta debidamente actualizada y archivada, se recomienda archivar todos los atenciones en Salud a fin de pasar por todas las especialidades.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 10

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)

Alexander Samaniego es el único usuario que no cuenta con dotación escolar debido a su discapacidad, pero se le hacen entregas de dotaciones estimuladoras.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	/		/
Resolución de aprobación del Hogar	/		
Copia documento de identificación	/		
Constancia afiliación al SGSSS	/		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	/		
Constancia último grado de estudio	/		
Constancias de Capacitaciones*	/		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	/		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	/		
Carné de manipulación de alimentos	/		
Certificación primeros auxilios	/		
Carpeta de visitas al Hogar	/		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La Madre Sustituta evidencia Carpeta debidamente archivada y actualizada, se recomienda estar actualizando antecedentes disciplinarios.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 10

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

la unidad de servicios en la buenas
condiciones de aseo, higiene y aptitud
para la habitabilidad de los niños

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

dentro de los compromisos se puede eviden-
ciar que:

niñez y adolescencia y control de infancia el
19 de febrero. Con control en 7 años.
Medicina General 12 de febrero, odontología
asistió el 10 octubre, control en abril, higiene
oral tiene control en mayo, optometría asistió
en marzo (3) - 2020 - para nuevamente este mes.
asistió a nutrición el 11 de febrero con próximo
control en abril, asistió a prueba cognitiva el
el 6 de marzo, le entregan resultado en
abril, asistió a otorrinolaringología el 12 de
marzo. Dermatología asistió el 12 de diciembre
con próximo control en abril 25, asistió a
psicología el 8 noviembre, tiene que asistir
nuevamente con resultado de prueba cognitiva.

Sebastian Garzon Celler: asistió a control
de infancia en julio tiene nuevamente control en
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14 MOD P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

Idro del 2023, medicina General en mayo,
odontología pendiente para 23 mayo, Hama oral
23 mayo, control de oftalmología. En octubre
atención en centro con intervención social, Pediatría
pendiente en abril, pendiente nutrición para abril,
Psicología para el mes de mayo, neuropsicología agosto,
neurofisiología abril 25, asiste Piquin trío, asiste
a talleres: física, fisiología, carpintería, integral.
tiene pendiente nutrición y abril.

Sonia Sifra asiste a medicina General 19 febrero
odontología pendiente para mayo. Pediatría agosto
Dermatología pendiente para el mes de abril,
nutrición agosto en febrero, Psicología agosto
el 19 de marzo. Continúa en control de nutrición los
Piso por neuropsicología el 27 de febrero tiene
pediatría en abril 25.

Alexander Semanale: Asiste a neurología 28 febrero
con control en mayo, fisioterapia control agosto.
nutrición mayo; Exámenes 18 marzo.

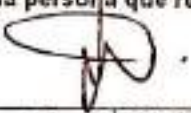
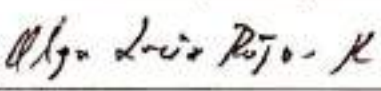
Fernando matos matos: medicina General en abril, pediatría.
Nutrición agosto en marzo, odontología julio
fisioterapia en marzo; oftalmología junio.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICIF Y ALA LEY
1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

<p align="center">Resultados de la Visita:</p> <p align="center">(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)</p> <p>_____ Condiciones satisfactorias</p> <p>_____ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.</p> <p>_____ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.</p> <p>_____ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.</p>
--

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Jenny Alexandra Quintero	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Firma de la persona que realiza la visita 	Firma de la persona que recibe la visita 
CC. 1092297014 TP. 166100	CC. 36 23 5064
Celular: 3206227470	Celular: 3142618535
Correo electrónico: alexa-16911@hotmail.com	Correo electrónico: patolin.woa@ciutma.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 23/03/25

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☒	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	-------------------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☒	Casa hogar	☐
---------------	----------	-------------------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundacion Social yo te cuido</u>	Dirección <u>Al 11 A # 5-52 Barrio Trinidad</u>	Teléfono <u>3206227470</u>
---	--	-------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny A. Quintro</u>	CC. <u>1097392014</u>	Celular <u>3106227470</u>
--	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>24/02/25</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexandra Quintro</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundacion yo te cuido</u>
---------------------------------	---	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Rosas</u>	Segundo Apellido <u>Ramos</u>	Nombres <u>Yeni Andrea</u>
	Identificación:		

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 10

Dirección: Curegimiento Guacacayú	Tel. Fijo - 0 -	Celular 3114662015
Barrio: Cento Poblado	Correo electrónico: Yeni Andez20521@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒Plan Mejoramiento² ☐Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA**

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Shaira Melissa Celis Rodríguez	31-07-15	117434332		30-12-14	Diana Rentería Muñoz C. S.
2	Maria Jose Salgado	10-09-2011	1083892928	23580632	11-12-2014	Claudio H. D. Corto F.
3	Astrio Nicol Magun Truque	11-07-2011	1076910049	23544588	12-12-2014	Claudio H. D. Corto F.
4						
5						

^{*} Anule los renglones no utilizados² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 10

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

las niñas cuentan con afiliación a Salud, cuentan en buenas
condiciones de salud, se encuentran vinculadas a Educación

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSEF Y A LA LEY
1501 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Reciben atención Psicosocial y se encuentran adelantando acciones por su Proyecto de vida, cuentan con Seguimiento Psicosocial en el área escolar.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 10

Descripción general de lo encontrado:

Ninguna de las vacunas cuentan con encantos biológicos. todos están vinculados a actividad por aplicación al tiempo libre, Asitid Noel no mantiene buena comunicación asertiva, mantiene mala convivencia con Shania, las niñas cuentan con antojos protectores, expresan sentimientos y emociones

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	/		/		/					
Acta de colocación	/		/		/					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	/		/		/					
Valoración/Seguimiento Psicológica	/		/		/					
Valoración/Seguimiento Nutricional	/		/		/					
Valoración Médica	/		/		/					
Fórmulas Médicas	/		/		/					
Carné de Salud	/		/		/					
Citas Médicas	/		/		/					
Registro Civil	/		/		/					
Documento de Identidad	/		/		/					
Boletines Escolares - del periodo actual cursado	/		/		/					
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	/		/		/					

Observaciones:

las vacunas cuentan con carpeta debidamente actualizada y archivada, se evidencian orden, se recomiendan archivar atenciones de salud al día.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 10

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	/		/		/		/		/	
Personal	/		/		/		/		/	
Escolar	/		/		/		/		/	
Aseo e higiene personal	/		/		/		/		/	

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los usuarios cuentan con dotación, básica, personal escolar y de aseo según lo estipulado en el Manual Operativo.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	/		/
Resolución de aprobación del Hogar	/		
Copia documento de identificación	/		
Constancia afiliación al SGSSS	/		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	/		
Constancia último grado de estudio	/		
Constancias de Capacitaciones*	/		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	/		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	/		
Carné de manipulación de alimentos	/		
Certificación primeros auxilios	/		
Carpeta de visitas al Hogar	/		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la Madre Sustituta Cuenta con Carpeta debidamente actualizada y archivada. Se recomienda esta pendiente de actualización de Antecedentes disciplinares.

Antes de Imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14 MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

Se recamentó sobre pendiente de actualización de documentos, antecedentes, Disciplina

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14 MO4 P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 10

la unidad de Servicio Cívicom con apoyo
ocides para la rehabilitación de los usuarios.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos,
fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

la Madre refiere que se encuentra al día
en atenciones en salud, se evidencia orden
en carpetas y asistencia oportuna en
citas de salud.

la Dinámica Familiar ha mejorado, donde
se continua trabajando el límite, reglas
y normas del hogar.

la madre refiere inconformidad con entrega
de recetas para asistir a citas
médicas. Por lo que no es culpa
de ella si se afectan las atenciones

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14 M04 P

21/01/2021

Versión 1

Página 9 de 19

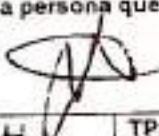
Handwritten notes on lined paper, consisting of two large, empty rectangular boxes with diagonal lines drawn across them, likely indicating where to write or sign.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SON UN TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY
1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 10 de 10

<p align="center">Resultados de la Visita:</p> <p align="center">(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)</p> <p> ☐ Condiciones satisfactorias. ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado. ☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado. ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol. </p>

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
 CC. 1092397011 TP. 166100 Celular: 3206227970 Correo electrónico: alexa-16911@hufamilia.com	Yenni Andrea Rojas Ramos CC. 36293823 Celular: 3114462015 Correo electrónico: yenniandrea.0521@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 27/03/25

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☒	Tutor ☐
-----------------	---	--	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☒	Casa hogar ☐
---------------	--	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Fundación Yoteacido</u>	Dirección <u>Cl 1A # 5-52</u> <u>Barrio Unidad</u>	Teléfono <u>3232040036</u>
--------------------------------------	--	-------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny A. Quintero</u>	CC. <u>1097397014</u>	Celular <u>3206227470</u>
---	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>DOMINGOS</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
---------------------------------	---	-------------------------------

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Calderon</u>	Segundo Apellido <u>Escobar</u>	Nombres <u>Karen Dany</u>
	Identificación: <u>1093.893442</u>		

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Quebramiento Gacacoyu	-0-	3229080277
Barrio:	Correo electrónico:	
Cenke Publado	donnacalderon32@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA**

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Layder Santiago Rodríguez	24/12/2007	1076416874	13668163	5/06/2023	D. septima. Angela Caidaro
2	Nabato Andres Muñoz Gomez.	23/09/16.	1080365346		23/mar/19	C. Sora. Fency. Paul.
3	Daily Yuliana Muñoz Gomez	9/8/2013	1080564333		23/mar/2004	C. Sora. Fency. Fency.
4	Camila Andres Cortez.	6/mar/21	118373324	23510314	8/01/20	Def. Juan Custum.
5						

* Anule los renglones no utilizados

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Los usuarios se encuentran afiliados a S.S. Salud;
 gozan de buen estado de salud, cuentan con

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICIF Y A LA LEY
 1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

*Vinculación a educación, y se encuentran adelantando acciones
para su proyecto de vida, reciben atención
psicosocial.*

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

Descripción general de lo encontrado:

De la Ley de Protección a la Infancia dentro de la unidad de Juicio, la ley no recibe en los biológicos o bien en adaptación, los usuarios con acompañamiento psicológico, de familia de ambiente protector, expresan libremente sentimientos y emociones.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	/		/		/		/			
Acta de colocación	/		/		/		/			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	/		/		/		/			
Valoración/Seguimiento Psicológica	/		/		/		/			
Valoración/Seguimiento Nutricional	/		/		/		/			
Valoración Médica	/		/		/		/			
Fórmulas Médicas	/		/		/		/			
Carné de Salud	/		/		/		/			
Citas Médicas	/		/		/		/			
Registro Civil	/		/		/		/			
Documento de Identidad	/		/		/		/			
Boletines Escolares - del periodo actual cursado	/		/		/		/			
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	/		/		/		/			

Observaciones:

Los usuarios cuentan con carpetas debidamente actualizadas y archivadas, se evidencian orden en documentos y secuencia de las citencias.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.M04.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	/		/		/		/			
Personal	/		/		/		/			
Escolar	/		/		/		/			
Aseo e higiene personal	/		/		/		/		/	

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Los usuarios cuentan con dotación básica, personal, escolar y de aseo acorde a lo estipulado en el Manual operativo.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	/		/
Resolución de aprobación del Hogar	/		
Copia documento de identificación	/		
Constancia afiliación al SGSSS	/		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	/		
Constancia último grado de estudio	/		
Constancias de Capacitaciones*	/		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	/		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	/		
Carné de manipulación de alimentos	/		
Certificación primeros auxilios	/		
Carpeta de visitas al Hogar	/		

*Marque si cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

La Sra. Kam evidenciará Carpeta debidamente actualizada y archivada se recomendará actualizar datos, Antecedentes de planeación. Tercer en el tiempo que corresponde.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICDF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 9

Se recomienda mantener hula de lida de red de apto 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	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBSF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

La unidad de servicio cuenta con espacios.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Daily: asistió a control médico general que la remite a oftalmología y pediatría, tiene control de psicólogo en un mes, asistió en marzo, la remite a psiquiatría, cuenta con autorización.

Leidy: asistió a psiquiatría pediatría, tiene cita pendiente para cuando de cita para el 9 de abril, tiene pendiente cita nutrición.

Gabri: tiene pendiente cita por psicología. Por el 17 de abril, pendiente odontología.

Nuibe: se debe sacar cita por medicina general para ver si le remiten a otros especialistas.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 10

Se recomienda a la madre. Sustituir la
guardar las atenciones para los menores.

La madre refiere que se han presentado
dificultades de convivencia entre menores
por lo que se debe seguir fortaleciendo
en procesos de comunicación efectiva.

Se evidencia que ante compromisos.
la madre mantiene orden en la casa
y garantiza cuidado y protección a los
menores.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

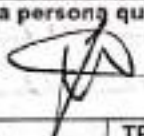
Versión 1

Página 10 de 10

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☐ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita	
Jenny Alexandra Quintero			
Firma de la persona que realiza la visita		Firma de la persona que recibe la visita	
		KALE DALIANA CALDERON	
CC. 109397019	TP. 466100	CC. 1083893442	
Celular: 3206227470		Celular: 3229080277	
Correo electrónico: alexa-1691@hotmail.com		Correo electrónico: diana-calderon@gmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1501 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 10

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 26-03-25

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☒	Tutor ☐
-----------------	---	--	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☒	Casa hogar ☐
---------------	--	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre <u>Yo te cuido</u>	Dirección <u>Cl 1 # 5-52. Barrio Trinidad</u>	Teléfono <u>3206227470</u>
------------------------------	--	-------------------------------

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos <u>Jenny Alexandra Q.</u>	CC. <u>1097347014</u>	Celular <u>3206227470</u>
--	--------------------------	------------------------------

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita <u>20/02/25</u>	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita <u>Jenny Alexandra Q.</u>	Entidad que realizó la visita <u>Fundación Yo te cuido</u>
---------------------------------	--	---

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

Responsable del Hogar	Primer apellido <u>Uribe</u>	Segundo Apellido <u>Murcia</u>	Nombres <u>Luznelly</u>
	Identificación:		

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 10

Dirección:	Tel. Fijo	Celular
Cr 9C este 13-69 Sur	- 0 -	3138348005
Barrio:	Correo electrónico:	
Las Palmas	- 0 -	

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	Andrés Felipe Martínez	11/8/2007	1703336444		27/11/2021	Defensora tenera - Cristina M.
2	Polina Yuliana Martínez	21/12/2007	22/11/20	170330605	22/11/2023	Defensora tenera - Cristina M.
3	Ramón Fabián Abuleta	23/05/2009	8/12/24	170330734	8/12/2021	Defensora tenera - Cristina M.
4						
5						

* Anule los renglones no utilizados

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 10

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☒ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☐ Si ☒ No	☐ Si ☒ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Los niños cuentan con vinculación a Educación Salud.
 Lugar de buen estado de salud.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 4 de 10

Ruben atencioso, respetuoso, adaptado, buenas habilidades comunicativas.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 5 de 10

Descripción general de lo encontrado:

Se encuentran para comunicación continua entre
 usuarios y personal Sanitario y comunitario.
 Disfrutar en buenas (protección).

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	/		/		/					
Acta de colocación	/		/		/					
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	/		/		/		/		/	
Valoración/Seguimiento Psicológica	/		/		/		/		/	
Valoración/Seguimiento Nutricional	/		/		/		/		/	
Valoración Médica	/		/		/		/		/	
Fórmulas Médicas	/		/		/		/		/	
Carné de Salud	/		/		/		/		/	
Citas Médicas	/		/		/		/		/	
Registro Civil	/		/		/		/		/	
Documento de Identidad	/		/		/		/		/	
Boletines Escolares - del periodo actual cursado	/		/		/		/		/	
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	/		/		/		/		/	

Observaciones:

Los usuarios cuentan con carpeta, debidamente
 archiva y actualizada. Se recomienda archivar
 citas de salud y vacunas.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 10

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	/		/		/				/	
Personal	/		/		/				/	
Escolar	/		/		/		/		/	
Aseo e higiene personal	/		/		/		/		/	

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

los cuartos cuentan con Dotación Básica.
Personal escolar, Aseo e higiene personal

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	/		
Resolución de aprobación del Hogar	/		
Copia documento de identificación	/		
Constancia afiliación al SGSSS	/		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	/		
Constancia último grado de estudio	/		
Constancias de Capacitaciones*	/		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	/		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	/		
Carné de manipulación de alimentos	/		
Certificación primeros auxilios	/		
Carpeta de visitas al Hogar	/		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Observaciones:

la Madre Sustituto cuenta con Carpeta debidamente archivada y actualizada, se encuentran estos pendientes de actualizar, disciplinados.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 7 de 10

Se recomienda estar pendiente de. Veramiento de
Cusco, y antecedentes de sed de abuso.

Revisión de espacios:

En cada casilla coloque

SI	Si el área o espacio cuenta con la condición.
NO	Si el área o espacio no cuenta con la condición.

	En óptimo estado de aseo	Sin goteras	Sin grietas	Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos	Sin humedad	Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas	Ventilación e iluminación natural
Cocina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Despensa	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comedor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Lavandería	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dormitorios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Baños	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Espacio de estar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

Antes de imprimir este documento... plense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1361 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 10

la unidad de Servicio cuenta con espacios adecuados para la habitabilidad de los usuarios.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Se evidencia que la Señora Luz ha sido diligente en la garantía de asistencia al derecho a la salud, no se conocen dificultades en el proceso.

La Señora Luz únicamente refiere dificultades de cumplimiento por parte de su hijo. Sin embargo se han generado fortalecimientos en la escuela en comunicación asertiva, mucha calma, empatía, logrando mejorar la dinámica familiar.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICSE Y A LA LIT
1551 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.

☒ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD

☐ Diálogo con la madre o padre sustitutos.

☐ Diálogo con miembros de la familia.

☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros

☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

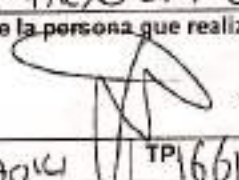
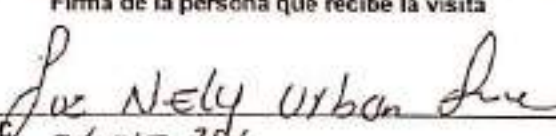
(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

☒ Condiciones satisfactorias

☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.

☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.

☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita
Jenny Alexandra Quintero	
Firma de la persona que realiza la visita	Firma de la persona que recibe la visita
	
CC. 1017397014 TP 166100	CC. 26567386
Celular: 3206227430	Celular: 3138308005
Correo electrónico: alexa-16911@wlanet.com	Correo electrónico: luznelyurban@wlanet.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1501 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 29 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundacion Social yo te cuido	Calle 1A # 5-52 Bl Trinidad.	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Luz Katalina Menezes	1007750849	3156779819

Ultima visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26 02 2025	Luz 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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido Diaz	Segundo Apellido Molina	Nombres Dmaria
Identificación: 3.629.5884			
Dirección:	Concejo de Guacacallo		Tel. Fijo / Celular 3144718447
Barrio:	Concejo de Guacacallo		
Correo electrónico:		omarmolina69@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITA

Seguimiento periódico ☒	Plan Mejoramiento ² ☐	Seguimiento extraordinario ☐
---	---	---

3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Elizabeth Migueros Sambrani Golondrino	25-05-2020	1.083.987.253	Sin Inf	11-08-2023	Comisaria de Familia de San Agustín.
2	Yastin leandro Sambrani Golondrino	15-03-2018	1.077.748.471	Sin Inf	11-08-2023	Comisaria de Familia de San Agustín.
3	Danna Liseth Bravo Cabrera	08-09-2022	1.079.372.745	Sin Inf	24-12-2024	Comisaria de Familia de San Agustín.
4	Cesar Steven Urbano Perapin	23-03-2015	1.083.920.010	Asignado	04-01-2015	Defensoria 3 de Familia Gutera Molina.

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 3 de 9

5	/	/	/	/	/	/
---	---	---	---	---	---	---

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No
Recibe atención psicosocial.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Todos los niños que tiene a cargo dona Omara reciben
atenciones tanto de salud, educación y atenciones
psicosociales.

Danna lizeth por su edad recibe educación básica 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.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No	☒ SI ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Todos los usuarios están estudiando teniendo buen rendimiento académico. Dada se encuentra en el jardín. Están 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	☒		☒		☒		☒		☒	
Acta de colocación	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración/Seguimiento Psicológica	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración/Seguimiento Nutricional	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración Médica	☒		☒		☒		☒		☒	
Fórmulas Médicas	☒		☒		☒		☒		☒	
Carné de Salud	☒		☒		☒		☒		☒	
Citas Médicas	☒		☒		☒		☒		☒	
Registro Civil		☒	☒		☒		☒	☒	☒	
Documento de Identidad	☒		☒		☒		☒		☒	
Boletines Escolares - del periodo actual cursado		☒	☒		☒		☒	☒	☒	
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	☒		☒		☒		☒		☒	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

Los usuarios de Dona Amara 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		
Carta de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

la Señora Osmara tiene su documentación a día
manteniendo actual los certificados de embarazo, rutinas
manipulación de alimentos y demás documentación

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012.



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

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 tambien, manteniendose todo en orden
para garantizar el bienestar de cada uno de
ellos.

Antes 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 CBFY A LA LEY
1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☐ Diálogo con miembros de la familia.
☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, Inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katalina Menezes Molina.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Omaria Diaz Molina.	
Firma de la persona que realiza la visita Katalina Menezes.		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1007750847	TP. 1007750847.	CC. 36290884	
Celular: 3156773814.		Celular: 3144728467	
Correo electrónico: objetosocial-pitalito@gmail.com		Correo electrónico: omariasamolinab9@gmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**

VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022

FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 29-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Damaris Diaz Velazquez

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Katalina Meneses

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Felicitaciones
[Firma]

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	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
Sábanas	10	B. Estado
Protector de colchón	6	3 Tela - 3 plástico
Toldillo	N/A	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

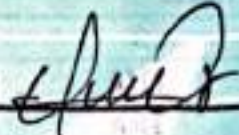
NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL

La dotación de la unidad de servicios los comodas estan en mal estado, 3 almohadas regulares y 3 wbolechos regulares.
El resto esta en buen estado.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:  Omar Diaz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Meneses



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: Corregimiento de Guacarallo.

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	

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 óptimas condiciones de limpieza y desinfección.	X	
39	Los elementos cortos 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 persona. Asistida, orden, infraestructura adecuada.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación:		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita:	
Lucy Katolina Meneses Molina		Dmaria Diaz Molina	
Firma de la persona que realiza la verificación:		Firma de la persona que recibe la visita:	
Katolina Meneses.		Dmaria	
C.C. 1007750847	T.P. 1007750847.	C.C. 36295884	
Celular: 3156777819.		Celular: 3144728447	
Correo electrónico: trabajosocialpeolito@gmail.com		Correo electrónico: dmaria.molina69@gmail.com	

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 31/03/2015

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "yo te cuido"	Calle 1A # 5-52	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Meneses	100770847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
26/02/2015	Lucy Katalina Meneses	Fundación Social "yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Rivera	García	Paula Alejandra
Identificación: 1082379043			
Dirección:	Cra 27 - 21	Tel. Fijo /	Celular 3123098374
Barrio:	Los Arandanos.	Correo electrónico: paterigao4@gmail.com.	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA**

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Luz Sarita Reina Urbano	29/03/2020	1079537791	235104109	09/11/2014	D. Carlos Claudio H. Lopez.
2	Angy Lareni Urbano	24/04/2013	1083112259	235104105	09/12/2014	D. Carlos Claudio H. Lopez.
3	/	/	/	/	/	/
4	/	/	/	/	/	/

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 3 de 9

5	/	/	/	/	/	/
---	---	---	---	---	---	---

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

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.	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No	☐ Sí ☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ 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 Sarita se encuentran en un entorno protector, realizan prácticas de autocuidado, de autoprotección, y Luz Sarita recibe inventos biológicos.

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							

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considere como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

Documentación de los usuarios al día, atenciones por el equipo psico-social de la fundación al día.

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)

Tienen la dotación, escolar, básica, personal y Aseo e higiene personal al día.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	☒		
Resolución de aprobación del Hogar	☒		
Copia documento de identificación	☒		
Constancia afiliación al SGSSS	☒		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	☒		
Constancia último grado de estudio	☒		
Constancias de Capacitaciones*	☒		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	☒		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	☒		
Carta de manipulación de alimentos	☒		
Certificación primeros auxilios	☒		
Carpeta de visitas al Hogar	☒		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Antes de Imprimir este documento... piense en el medio ambiental

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

No se encuentran observaciones
la señora paula tiene su documentación
actualizada y en orden a las
obligaciones que esta ejerciendo

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 8 de 9

Espacio de estar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
------------------	----	----	----	----	----	----	----

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)

Dña Paula, Culmino con los arreglos que
tenía en su vivienda haciendo constar así
su compromiso por el cuidado de Santa
y Angy, brindándole un bienestar adecuado.
Sus adecuaciones son muy bonitas y muestran
el compromiso que sostuvo durante este
tiempo. Santa y Angy se encuentran en un
entorno protector.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katalina Meneses.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Paula Alejandra E.	
Firma de la persona que realiza la visita Katalina M.		Firma de la persona que recibe la visita Paula Rivera	
cc. 109750847	TP. 109750847.	cc. 1082779043	
Celular: 3156777819		Celular: 3123098374	
Correo electrónico: fatelpazcal.f.falito@gmail.com		Correo electrónico: palerigao4@gmail.com	

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN 1 FSYTC-0096- 01/08/2022

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. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

Excelente labor

Paula Rivera

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Huila
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	31-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Paula Alejandra Rivera.

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	1	Buena
Cama cuna	1	Buena
Cuna	0	/
Corral	0	/
Colchón	1	Buena
Colchón cama cuna	1	Buena
Cómoda	2	Deterioradas
Ventilador	1	Buena
Coche	0	/
Almohadas	2	Regular
Cubrelechos	3	Buena
Sábanas	4	Buena
Protector de colchón	2	Buena
Toldillo	1	Buena

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

	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: Rafaelina M

**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 PuercaDirección: 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	

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 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 con todos los ítem.

Sin observaciones.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación:		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita:	
Lucy Katalina M.		Paula Alejandra Rivera.	
Firma de la persona que realiza la verificación:		Firma de la persona que recibe la visita:	
Katalina M.		Paula Rivera	
C.C. 100770847	T.P. 100770847	C.C. 1082779043	
Celular: 3156777819.		Celular: 3123098324	
Correo electrónico: <u>Integrosal.pitulu@gmail.com</u>		Correo electrónico: <u>palerigno4@gmail.com</u>	

	PROCESO PROTECCIÓN	F14.MO4.P	27/07/2021
	FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 29 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración	☒	Discapacidad	☐	Tutor	☐
-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Hogar de paso	Familiar	☐	Casa hogar	☐
---------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

Regional Huila Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "yo te cuido"	Calle La # 5-52 B/ Trinidad	3118241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lory Karolina Meneses	10097150847	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	Lory Karolina Meneses M.	Fundación Social yo te cuido

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Barragan	Puentes	Diana Patricia
Identificación: 1.083.893.001			
Dirección:		Tel. Fijo	Celular
Conegimiento de Quacacillo		/	3162310228
Barrio:		Correo electrónico:	
Vereda el Tigre		dipatris1123@hotmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA**

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha Ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Laura Maria Bxanegra	26-02-2000	1.112.036.696	23510385	05-08-2024	Claudio H Lopez
2	Angeia Wlay Ortiz	21-10-2010	1.144.627.702		06-08-2024	Comisaria de Familia San Agustín.
3	Yenni Patricia Tirado Bro	04-04-2002	1.114.112.746	23534825	20-08-2024	Claudio H. Lopez.
4	Blady Mirella Trujillo Cautula.				21-02-2025	Claudio H Lopez

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 3 de 9

5					
---	--	--	--	--	--

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA

4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ No	☒ No	☒ No	☒ No	☐ Si ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

No se ha identificado ninguna novedad. Todas las
visitas se encuentran vinculadas al sistema educativo,
a la salud, reciben citaciones por el equipo psico-social
y la documentación correspondiente toda que cumple con
los requisitos vigentes. Además se encuentran en un estado protector.

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

En este ítem se observa que, en general los usuarios no cuentan con inventario biológico a excepción de Bledy Fierla. Angela May aún no tiene autorización correspondiente, mientras que Yoni y Laura están declarados en adoptabilidad.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	X		X		X		X			
Acta de colocación	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Psicológica	X		X		X		X			
Valoración/Seguimiento Nutricional	X		X		X		X			
Valoración Médica	X		X		X		X			
Fórmulas Médicas	X		X		X		X			
Carné de Salud	X		X		X		X			
Citas Médicas	X		X		X		X			
Registro Civil		X		X		X		X		
Documento de Identidad	X		X		X		X			
Boletines Escolares - del periodo actual cursado		X		X		X		X		
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	X		X		X		X			

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 6 de 9

Observaciones:

En este item, aún no se evidencian resultados académicos ya que no se ha terminado el primer ciclo escolar del presente año.

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					
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Los usuarios cuentan con su respectiva dotación, tanto básica, escolar, personal y la de aseo e higiene personal.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		05-06-2024
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Camé de manipulación de alimentos	X		06-07-2024
Certificación primeros auxilios	X		14-07-2024
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con toda la documentación
requerida, la cual ha sido verificada y se encuentra
en estricto cumplimiento de lo estipulado. La
papelería está completa y 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	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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

Espacio de estar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
------------------	----	----	----	----	----	----	----

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La infraestructura de la vivienda esta acorde
y esta en buenas condiciones, brindando así un
buen bienestar y cuidado a las usuarias.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

La madre sustituta, Diana Patricia Barahona, cuenta
con toda la documentación en regla y cumple con
las condiciones necesarias para el cuidado de las
usuarias. Se destaca por su compromiso, afecto y
responsabilidad, demostrando diligencia y atención
en cada aspecto de su labor.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
☐ Diálogo con miembros de la familia.
☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
☒ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katolina Meneses. Molina.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Diana Patricia Barragan.	
Firma de la persona que realiza la visita Katolina Meneses.		Firma de la persona que recibe la visita 	
CC. 1007750847	TP. 1007750847	CC. 1083893001	
Celular: 3156777819.		Celular: 3162710228	
Correo electrónico: <u>lucy.meneses@hmfamilia.com</u>		Correo electrónico: <u>dipab15123@hotmail.com</u>	

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



**FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS**

VERSIÓN 1 FSYTC-0098- 01/08/2022

FECHA DE APROBACION: 01/08/2022

FECHA: 29-Marzo-2023

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Diana Patricia Barragán Puentes

CENTRO ZONAL:

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR:

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿El profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observaciones de la Madre Sustituta:

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION 01/08/2022	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	29-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Diana Patricia Barragan

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	Buen Estado
Cama cuna	0	/
Cuna	0	/
Corral	0	/
Colchón	3	Buen Estado
Colchón cama cuna	0	/
Cómoda	2	Buen Estado
Ventilador	1	Buen Estado
Coche	0	/
Almohadas	6	3 Regulares
Cubrelechos	6	3 Regulares
Sábanas	3	Regulares
Protector de colchón	3	Buen Estado
Toldillo	0	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

INVENTARIO DOTACION BASES UNIDADES DE SERVICIO

OBSERVACION GENERAL

La dotacion se encuentra en buen estado la
mayoria de dotacion:
3 almohadas regulares, 3 cubrelechos regulares y 3
Sábanas regulares.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA:

Dulce Paz

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO:

Katalina Menezes.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3-80

Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.

Nombre responsable unidad de servicio: Diana Patricia Barragan

Dirección: Corregimiento de Guacacallo - Vereda el Tigre.

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 fisica 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	

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 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 unidad de servicio cuenta y cumple con los ítem expuestos.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: <u>Wey Katolina Henezes. Hduca.</u>		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: <u>Diana Patricia Barragan.</u>	
Firma de la persona que realiza la verificación: <u>Katolina Henezes.</u>		Firma de la persona que recibe la visita: <u>[Firma]</u>	
C.C. <u>1007750847</u>	T.P. <u>1007750847</u>	C.C. <u>1083893001</u>	
Celular: <u>3156999819.</u>		Celular: <u>3162710228</u>	
Correo electrónico: <u>hidopaxul.pitelto@gmail.com.</u>		Correo electrónico: <u>dipab123@hotmail.com</u>	

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 1 de 9

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR¹

Fecha de visita: 31 03 2025

Hogar Sustituto	Vulneración ☒	Discapacidad ☐	Tutor ☐
-----------------	---	---------------------------------------	--------------------------------

Hogar de paso	Familiar ☐	Casa hogar ☐
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Regional Hula Centro Zonal Pitalito

Entidad que realiza el seguimiento:

Nombre	Dirección	Teléfono
Fundación Social "Yo te cuido"	Calle 1A # 5-52 B1 Trinidad	348241198

Profesional que realiza el seguimiento:

Nombres y apellidos	CC.	Celular
Lucy Katalina Meneses.	1007750847	3156777819

Última visita de seguimiento al Hogar:

Fecha visita	Nombres y apellidos del Profesional que realizó la visita	Entidad que realizó la visita
27 02 2025	Lucy Katalina Meneses.	Fundación Social "Yo te cuido"

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

¹ (Las visitas podrán ser realizadas de lunes a viernes de 8:am – 5:00pm y sábados de 9:00am – 4:00pm; solo en casos de constatación de denuncias se realizará visita un Domingo). Para el caso de los Hogares Sustitutos de fin de semana, las visitas se realizarán el día sábado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 2 de 9

Responsable del Hogar	Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres
	Navarez	Idajr	Maryen Lucía.
Identificación: 25292920			
Dirección: Carrera 12A # 9A - 28		Tel. Fijo /	Celular 3177114161
Barrio:		Correo electrónico: Maryen1312@gmail.com	

2. OBJETIVO DE LA VISITASeguimiento periódico ☒ Plan Mejoramiento² ☐ Seguimiento extraordinario ☐**3. NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES CON MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DE LA VISITA**

N°	Nombre del niño, niña y adolescente en P.A.R.D.	Fecha de nacimiento	No. Identificación	No. SIM	Fecha ingreso a la Unidad de Servicio	Autoridad que adoptó la medida
1	Yader Esteban Gromales	30/08/2008	1.084.254.396	23599102	29-02-2021	Defensoría Tercera Cristina Nolasco
2	Hector Steven Samboni	02/10/2014	1.083.986.262	Sin Inf.	11/08/2023	Comisaría Familiar S. Agustín.
3	Ostin Santiago Morillo	04/10/2016	1.114.636.348	23663163	02/09/2021	Defensoría Sexta Javier Cumbre
4	Urian Andres Ochoa	26/02/2021	1.083.939.332	235703225	06/12/2021	Defensoría Sexta Javier Cumbre

² Los Planes de Mejoramiento solo podrán ser impuestos por ICBF, la Entidad Territorial o el Operador de la Modalidad.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2013

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

**FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

Versión 1

Página 3 de 9

5	/	/	/	/	/	/
---	---	---	---	---	---	---

* Anule los renglones no utilizados

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA**4.1. FORTALECIMIENTO PERSONAL**

	1	2	3	4	5
Cuenta con afiliación y atención al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con las condiciones básicas para gozar de buena salud.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Goza de un buen estado nutricional.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Adopta hábitos alimenticios saludables.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con la vinculación al sistema de educación.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Se realiza seguimiento al desempeño escolar o a sus competencias básicas de aprendizaje.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Se encuentra adelantando actividades para su proyecto de vida.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Cuenta con el respectivo documento de identidad.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Recibe atención psicosocial.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN
FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 4 de 9

Descripción general de lo encontrado:

Todos los menores se encuentran estudiando,
Llaman esta esperando su papá para entrar al jardín.
El estado nutricional está bien para todos
y están cumpliendo con los hábitos

4.2. FORTALECIMIENTO DE FAMILIA Y RED VINCULAR:

	1	2	3	4	5
Mantiene contacto con su familia y/o red vincular.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Participa en actividades artísticas, deportivas y culturales.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Cuenta con acompañamiento interdisciplinario e interinstitucional, para la articulación de redes familiares y vinculares que favorezcan el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Mantiene comunicación asertiva en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No
Realiza prácticas de autoprotección.	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No	☒ Si ☒ No

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1561 DE 2012



PROCESO PROTECCIÓN

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 5 de 9

	1	2	3	4	5
Realiza prácticas de autocuidado.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No
Disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No

Descripción general de lo encontrado:

Yader está declarado en adoptabilidad, Urban, violin y bechor tienen encuentros biológicos.

Disfrutan de entornos protectores todos los miembros.

Realizan prácticas de autocuidado y se involucran en actividades extracurriculares.

4.3. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carpeta legajada	☒		☒		☒		☒		☒	
Acta de colocación	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración/Seguimiento Trabajo Social	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración/Seguimiento Psicológica	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración/Seguimiento Nutricional	☒		☒		☒		☒		☒	
Valoración Médica	☒		☒		☒		☒		☒	
Fórmulas Médicas	☒		☒		☒		☒		☒	
Carné de Salud	☒		☒		☒		☒		☒	
Citas Médicas	☒		☒		☒		☒		☒	
Registro Civil		☒		☒		☒		☒		☒
Documento de Identidad	☒		☒		☒		☒		☒	
Boletines Escolares - del periodo actual cursado		☒		☒		☒		☒		☒
Registro de Experiencias -con fecha de último registro	☒		☒		☒		☒		☒	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN**

F14.MO4.P

27/07/2021

FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

Versión 1

Página 6 de 9

Observaciones:

Tienen su respectiva documentación al día.
No se evidencia ninguna minudencia en este ítem.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Básica	X		X		X		X			
Personal	X		X		X		X			
Escolar	X		X		X		X			
Aseo e higiene personal	X		X		X		X			

Observaciones (describa las condiciones en las que encuentra la dotación)

Todos los usuarios tienen su respectiva dotación tanto básica, personal, escolar y de aseo personal y higiene personal.

DOCUMENTACIÓN DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Hoja de Vida con foto	X		
Resolución de aprobación del Hogar	X		
Copia documento de identificación	X		
Constancia afiliación al SGSSS	X		
Certificado de salud con vigencia de 1 año	X		
Constancia último grado de estudio	X		
Constancias de Capacitaciones*	X		
Concepto de aprobación de las modificaciones de la composición del Hogar Sustituto*	X		
Copia de documentos persona aprobada como red de apoyo del Hogar	X		
Carné de manipulación de alimentos	X		
Certificación primeros auxilios	X		
Carpeta de visitas al Hogar	X		

*Marque sí cuando existan documentos nuevos obtenidos durante el último trimestre.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



PROCESO PROTECCIÓN
FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS,
ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 7 de 9

Observaciones:

La madre sustituta cuenta con toda la documentación
requerida, conforme a lo estipulado con papelería
actualizada, lo que evidencia su compromiso
y diligencia en el cumplimiento de
sus responsabilidades.

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY
1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR	F14.MO4.P	27/07/2021
		Versión 1	Página 8 de 9

Espacio de estar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
------------------	----	----	----	----	----	----	----

4.4 Describa la Condiciones Higiénicas y de asepsia de la vivienda:

La vivienda cuenta con su infraestructura adecuada para el bienestar de cada usuario.
Espacio, luz, orden y demás aspectos.

5. COMPROMISOS DE LA MADRE O PADRE SUSTITUTOS (según hallazgos, fechas de cumplimiento, condiciones, otros)

Dña Mayra se declara por ser una madre sustituta sumamente comprometida y responsable, demostrando su compromiso con el cuidado y bienestar de los usuarios a su cargo. Su dedicación y profesionalismo aseguran el cumplimiento de las normativas vigentes, garantizando que cada acción emprendida contribuya al desarrollo integral y a la seguridad de quienes están a su cuidado.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**PROCESO PROTECCIÓN****FORMATO VISITA DE SEGUIMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES UBICADOS EN HOGAR**

F14.MO4.P

27/07/2021

Versión 1

Página 9 de 9

Actividades desarrolladas en la visita:

- ☒ Diálogo individual con niñas, niños y adolescentes en PARD.
- ☐ Diálogo grupal con niñas, niños y adolescentes en PARD
- ☒ Diálogo con la madre o padre sustitutos.
- ☐ Diálogo con miembros de la familia.
- ☐ Diálogo con vecinos, instituciones, otros
- ☐ Observación a vivienda, dotación, otros

Resultados de la Visita:

(Según lo contemplado en Proceso de Seguimiento y Asesoría)

- ☒ Condiciones satisfactorias
- ☐ Incumplimiento parcial que no reviste gravedad, justificado.
- ☐ Incumplimiento que requiere corrección, inmediata, no justificado.
- ☐ Incumplimiento que reviste necesidad de Solicitud de cumplimiento de Rol.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la visita Lucy Katalina Meneses	Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita Mayen Lucia Navarret.
Firma de la persona que realiza la visita Katalina Meneses.	Firma de la persona que recibe la visita Mayen Lucia Navarret.
CC. 1007750847 TP. 1007750847	CC. 25292920
Celular: 315677784	Celular: 3177114161
Correo electrónico: lorenzoperez.pedrito@gmail.com	Correo electrónico: mayen2312@gmail.com

Notas:

- ✓ Si el contacto se realizó de manera virtual describa la plataforma por la cual se realizó y el tiempo de duración.
- ✓ La persona que recibe la visita obtiene copia del original diligenciado y firmado a partir del numeral (5) de este formato.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCION
VISITA DE SEGUIMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS

VERSIÓN 1 PSYT-0096- 01/08/2022

FECHA DE APROBACIÓN: 01/08/2022

FECHA: 31-03-2025

NOMBRE DE LA MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Norquez

CENTRO ZONAL: Pitalito

NOMBRE DEL PROFESIONAL A EVALUAR: Lucy Katalina Meneses.

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

ASPECTO A EVALUAR	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	A MEJORAR
1. ¿Cómo califica la visita de seguimiento realizada por el profesional?	X			
2. ¿Cómo fue la forma en la que el profesional dio las orientaciones, recomendaciones y sugerencias durante la visita?	X			
3. ¿Cómo califica el tiempo y la forma en la que se realiza la visita?	X			
4. ¿Cómo fue la actitud del profesional durante la visita?	X			
5. ¿Cómo fue el trato del profesional que realizó la visita?	X			
	X			

OPINIÓN PERSONAL (Califique en cada caso con una X según corresponda)

	SI	NO
5. ¿El profesional socializa de forma clara y concisa la visita de seguimiento realizada?	X	
6. ¿El profesional fue respetuoso en todo el proceso de seguimiento con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes durante la visita?	X	
7. ¿Es clara la información suministrada por el profesional durante la visita?	X	
8. ¿El profesional al desplazarse por la vivienda, solicita permiso?	X	
9. ¿EL profesional es respetuoso al llegar al hogar para realizar la visita?	X	

Observación de la Madre Sustituta:

Excelente labor. - Felicitaciones.

Maryen Lucia Norquez.

FIRMA DE LA MADRE SUSTITUTA

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 2

1. INVENTARIO DOTACION BASICA UNIDADES DE SERVICIO

REGIONAL:	Hula
CENTRO ZONAL:	Pitalito
MUNICIPIO:	Pitalito
FECHA:	31-03-2025
MADRE SUSTITUTA:	Maryen Lucia Narvaez

2. ELEMENTOS ENCONTRADOS

ELEMENTOS	CANTIDAD	ESTADO
Cama	3	B. Estado
Cama cuna	N/A	/
Cuna	N/A	/
Corral	N/A	/
Colchón	6	↓ mal estado
Colchón cama cuna	N/A	/
Cómoda	3	Mal estado
Ventilador	2	B. Estado
Coche	N/A	/
Almohadas	5	B. Estado
Cubrelechos	6	B. Estado
Sábanas	5	B. Estado
Protector de colchón	5	B. Estado
Toldillo	N/A	/

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL</p> <p>YO TE CUIDO</p>	INVENTARIO UNIDADES DE SERVICIO	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 2 de 2

OBSERVACION GENERAL

Se evidencia que en la unidad de servicio se encuentra 1 ventilador en mal estado y 1 colchon en mal estado. El resto esta en orden.

FIRMA Y NOMBRE MADRE SUSTITUTA: Maryen Lucia Narvaez.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICO: Katalina Menezes.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel: 3206193497



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3-80

Cel. 3206193497

LISTA DE CHEQUEO

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LOCATIVAS, DE SEGURIDAD, ORGANIZACIÓN Y ASEPSIA EN LOS HOGARES SUSTITUTOS.

Nombre responsable unidad de servicio: Maryen Lucía Norzuega

Dirección: Carrera 12A - 9A - 28 - Palamó.

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	

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 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:

Todo en orden.

Nombres y apellidos de la persona que realiza la verificación: Lucy Katalina Menezes.		Nombres y apellidos de la persona que recibe la visita: Maryen Lucia Narvaez.	
Firma de la persona que realiza la verificación: Katalina Menezes		Firma de la persona que recibe la visita: Maryen Lucia Narvaez.	
C.C. 1007750847	T.P. 1007750847	C.C. 25292920	
Celular: 316777819		Celular: 3177114161	
Correo electrónico: halegareel.pedrito@gmail.com		Correo electrónico: maryen2312@gmail.com	

	PROCESO MEJORA E INNOVACION FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°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: <p>Saludo por parte de la Nutricionista</p> <p>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.</p> <p>Objetivo: Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.</p> <p>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.</p> <p>Beneficios de las frutas y verduras</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Recomendaciones de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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.

MINUTA MODELO PARA HOMOGENEO									
GRUPO DE EDAD	FECHA DE ELABORACIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	FECHA DE VALIDACIÓN	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE MONITORIA	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE CIERRE
0-6 meses									
6-12 meses									
1-2 años									
2-3 años									
3-4 años									
4-5 años									
5-6 años									
6-7 años									
7-8 años									
8-9 años									
9-10 años									
10-11 años									
11-12 años									
12-13 años									
13-14 años									
14-15 años									
15-16 años									
16-17 años									
17-18 años									
18-19 años									
19-20 años									
20-21 años									
21-22 años									
22-23 años									
23-24 años									
24-25 años									
25-26 años									
26-27 años									
27-28 años									
28-29 años									
29-30 años									
30-31 años									
31-32 años									
32-33 años									
33-34 años									
34-35 años									
35-36 años									
36-37 años									
37-38 años									
38-39 años									
39-40 años									
40-41 años									
41-42 años									
42-43 años									
43-44 años									
44-45 años									
45-46 años									
46-47 años									
47-48 años									
48-49 años									
49-50 años									
50-51 años									
51-52 años									
52-53 años									
53-54 años									
54-55 años									
55-56 años									
56-57 años									
57-58 años									
58-59 años									
59-60 años									
60-61 años									
61-62 años									
62-63 años									
63-64 años									
64-65 años									
65-66 años									
66-67 años									
67-68 años									
68-69 años									
69-70 años									
70-71 años									
71-72 años									
72-73 años									
73-74 años									
74-75 años									
75-76 años									
76-77 años									
77-78 años									
78-79 años									
79-80 años									
80-81 años									
81-82 años									
82-83 años									
83-84 años									
84-85 años									
85-86 años									
86-87 años									
87-88 años									
88-89 años									
89-90 años									
90-91 años									
91-92 años									
92-93 años									
93-94 años									
94-95 años									
95-96 años									
96-97 años									
97-98 años									
98-99 años									
99-100 años									

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FECHA
Versión 1.0
DIRECCIÓN
DE INNOVACIÓN
Y MEJORA

ACTIVIDAD: Estrategia IEC Importancia de fotos y videos.
HORA INICIAL: 2:30 p.m. HORA FINAL: 3:30 p.m.
DEPENDENCIA LIDER: Hanor Post - Antigua

FECHA: 27-03-2025
LUGAR: Fundación Social y te cuida

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	DANA PATRICIA BARRAGAN	1083887380	MADRE SUSTITUTA	F S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		-	Diana Barragan	
2	GLORIA PATRICIA SANCHEZ ROJAS	38288958	MADRE SUSTITUTA	F S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		-	Gloria Sanchez	
3	MARYEN LUCIA NARVAEZ LAJE	25282920	MADRE SUSTITUTA	F S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		-	Maryen Narvaez	
4	LUZ NELLY URBANO MURCIA	26867386	MADRE SUSTITUTA	F S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		-	Luz Nelly Urbano	
5	OMARA DIAZ MOLINA	38295685	MADRE SUSTITUTA	F S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		-	Omara Diaz	
6	YENI ANDREA ROJAS RAMOS	38295823	MADRE SUSTITUTA	F S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		-	Yeni Rojas	
7	YUDYS PAOLA HOYOS ODORIO	38208105	MADRE SUSTITUTA	F S YO TE CUIDO	HUILA	PITALITO		X		-	Yudys Hoyos	
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

(Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!)

Compare este impreso de este documento en internet sobre (COP) NO CONTROLADO.

	PROCESO MEJORA E INNOVACION FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°3	
Hora: 2: 30 Pm	Fecha: 26-3-2025
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: <p>Saludo por parte de la Nutricionista</p> <p>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.</p> <p>Objetivo: Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.</p> <p>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.</p> <p>Beneficios de las frutas y verduras</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Recomendaciones de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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.

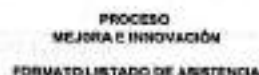
MINUTA MODELO PARA HOMOGENEO									
GRUPO DE EDAD	FECHA DE ELABORACION	FECHA DE APROBACION	FECHA DE REVISION	FECHA DE ACTUALIZACION	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE SUSPENSION	FECHA DE REINICIO	FECHA DE CANCELACION	FECHA DE SUSPENSION
0-6 meses	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
6-12 meses	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
1-2 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
2-3 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
3-4 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
4-5 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
5-6 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
6-7 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
7-8 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
8-9 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
9-10 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
10-11 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
11-12 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
12-13 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
13-14 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
14-15 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
15-16 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
16-17 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
17-18 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
18-19 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
20-21 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
22-23 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
24-25 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
26-27 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
28-29 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
30-31 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
32-33 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
34-35 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
36-37 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
38-39 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
40-41 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
42-43 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
44-45 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
46-47 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
48-49 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
50-51 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
52-53 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
54-55 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
56-57 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
58-59 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
60-61 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
62-63 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
64-65 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
66-67 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
68-69 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
70-71 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
72-73 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
74-75 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
76-77 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
78-79 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
80-81 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
82-83 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
84-85 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
86-87 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
88-89 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
90-91 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
92-93 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
94-95 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
96-97 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
98-99 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024
100 años	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024	01/05/2024

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



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



Versión 01 Página 1 de 1

Clasificación de la información
Pública

FECHA 26-03-2025

HCRA FINAL: 3:30 pm

LUGAR Fundación belal ya te auto-
ta plato-

DEPENDENCIA LIDER: #Amor por el agricultor

[Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!]

[illegible][illegible]

	PROCESO MEJORA E INNOVACION FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 1 de 2

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°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: <p>Saludo por parte de la Nutricionista</p> <p>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.</p> <p>Objetivo: Incentivar el consumo de frutas y verduras teniendo en cuenta los beneficios que ofrece al organismo.</p> <p>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.</p> <p>Beneficios de las frutas y verduras</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Recomendaciones de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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.

MINUTA MODELO PARA HOMOGENEO									
GRUPO DE EDAD	FECHA DE REUNION	ASISTENTES	ASISTENTE INVITADO	ASISTENTE INVITADO	ASISTENTE INVITADO	ASISTENTE INVITADO	ASISTENTE INVITADO	ASISTENTE INVITADO	ASISTENTE INVITADO
0-6 meses									
6-12 meses									
1-2 años									
2-3 años									
3-4 años									
4-5 años									
5-6 años									
6-7 años									
7-8 años									
8-9 años									
9-10 años									
10-11 años									
11-12 años									
12-13 años									
13-14 años									
14-15 años									
15-16 años									
16-17 años									
17-18 años									
18-19 años									
19-20 años									
20-21 años									
21-22 años									
22-23 años									
23-24 años									
24-25 años									
25-26 años									
26-27 años									
27-28 años									
28-29 años									
29-30 años									
30-31 años									
31-32 años									
32-33 años									
33-34 años									
34-35 años									
35-36 años									
36-37 años									
37-38 años									
38-39 años									
39-40 años									
40-41 años									
41-42 años									
42-43 años									
43-44 años									
44-45 años									
45-46 años									
46-47 años									
47-48 años									
48-49 años									
49-50 años									
50-51 años									
51-52 años									
52-53 años									
53-54 años									
54-55 años									
55-56 años									
56-57 años									
57-58 años									
58-59 años									
59-60 años									
60-61 años									
61-62 años									
62-63 años									
63-64 años									
64-65 años									
65-66 años									
66-67 años									
67-68 años									
68-69 años									
69-70 años									
70-71 años									
71-72 años									
72-73 años									
73-74 años									
74-75 años									
75-76 años									
76-77 años									
77-78 años									
78-79 años									
79-80 años									
80-81 años									
81-82 años									
82-83 años									
83-84 años									
84-85 años									
85-86 años									
86-87 años									
87-88 años									
88-89 años									
89-90 años									
90-91 años									
91-92 años									
92-93 años									
93-94 años									
94-95 años									
95-96 años									
96-97 años									
97-98 años									
98-99 años									
99-100 años									

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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



BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FSP1.MI 12/06/2024

Versión 9 Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ACTIVIDAD: Estrategia IEC impartida de frutas y verduras

FECHA 27-03-2025

HORA INICIAL: 4:30 pm

HORA FINAL: 5:35 pm

LUGAR Fundación Social y te cuido

DEPENDENCIA LIDER: Hemon Roca Nutricionista

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
							PLANTA	CONTRATO			PM
1	ANA MILENA FRAGUA POVEDA	55057466	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
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	-	-	-	-	
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	-	-	-	-	
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	-	-	-	-	
9	PAOLA LILIANA BARRERA FRAGUA	55065021	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
10	VIANEY GALINDO	1122722966	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
11	YENNY MARCELA SIERRA ROJAS	55065880	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
12	STEFANY GUEVARA GARCES	1077862619	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	
13	MIREYA CRUZ VALENZUELA	52995117	MADRE SUSTITUTA	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE	HUILA	GARZÓN	-	-	-	-	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Comparecer impreso de este documento es pecado ante CORPACO CONTROLOSA.

LOCATORIO PROPAGANDAS SERÁN TRATADOS DE NEGRO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES DEL COMITÉ Y LA DITAMIN DE 2013.

	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 TÉCNICO 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

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 llevó 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.

Se llevo a cabo las visitas de seguimiento a las unidades de servicio:

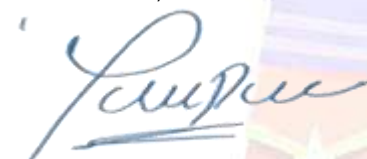
1. Municipio de Pitalito: los días 29-31 de Marzo 2025 – 09 UDS
2. Municipio de la plata: los días 18-20-28 marzo 2025 – 11 UDS
3. Municipio de Garzón: los días 27-28-31 de marzo 2025 – 13 UDS

Área Nutrición

Importancia de las frutas y verduras en una alimentación diaria. Minuta de los hogares sustitutos (tiempos de comida)

1. + Garzón: 27-03-2025
2. + Pitalito: 27-03-2025
3. + La Plata: 27-03-2025
4. Neiva -05 marzo de 2025

Atentamente,



YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Elaborado y proyectado por:



Paola Andrea Marin Gonzales - coordinadora

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

LISTADO DE CHEQUEO TALENTO HUMANO VINCULADO				
Nombre: <u>Cubles Andres Correa Rojas</u>		Perfil: <u>Gestor de RRHH</u>		
Tipo de Contrato: <u>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</u>		Fecha de Inicio: <u>30/12/2024</u>		
No.	DETALLE	SI	NO	N/A
1	Ficha de vida actualizada en el formato de la Función Pública SIGEP y verificada por la Entidad - (Si aplica)	✓		
2	Certificado de estudios (capacitaciones, diplomados, seminarios, talleres entre otros)	✓		
3	Certificado de experiencia	✓		
4	Copia de la cédula de ciudadanía / cédula de extranjería / (en caso de extranjeros presentar visa de trabajo)	✓		
5	Consulta certificado de Antecedentes Disciplinarios de la persona natural (Procuraduría)	✓		
6	Consulta certificado de antecedentes de Responsabilidad Fiscal de la persona natural (Contraloría)	✓		
7	Consulta certificado de antecedentes judiciales	✓		
8	Consulta del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional (Inicial y con actualización trimestral)	✓		
9	Formato Autorización consulta de Inhabilitados por Delitos Sexuales-Contratistas, firmado (inicial y con actualización cada 4 meses) (Formato F4.1b. Adm) revisar la página de ICAP	✓		
10	**Consulta y certificado de inhabilitados por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes. (Inicial y con actualización cada 4 meses)	✓		
11	Copia del RUT para personas naturales y jurídicas.	✓		
12	Copia del último pago de aportes en salud y pensiones en caso de personas naturales. En caso de nuevos contratistas con el estado, certificación de afiliación vigente a EPS, AFP y ARL (y demás si aplica)	✓		
13	Copia de examen pre-ocupacional para personas naturales.	✓		
14	Copia de la tarjeta profesional o de Registro profesional o tecnológico (cuando el ejercicio de la profesión o de la tecnología lo exijan) (en caso que aplique)	✓		
15	Certificado vigente de registro y de los antecedentes disciplinarios de la profesión o de la tecnología (en los casos que corresponda, según la normatividad vigente).	✓		
16	Copia de la Libreta militar o certificación que acredite tener resuelta la situación militar (Excepto para hombres mayores de cincuenta años). (En caso que aplique).	✓		
17	Proceso de Selección: Soportes, si se selecciona continúa documentos	✓		
18	Manual de funciones del cargo	✓		
19	Código Ético de la Entidad	✓		
20	Compromiso de tiempo de dedicación de la Entidad	✓		
21	Formato Compromiso de Confidencialidad de Información -Contratista de la Entidad	✓		
22	Autorización tratamiento datos personales... de la Entidad	✓		
23	Contrato	✓		
24	Certificado Bancario	✓		
25	Inducción inicial y re inducción periódica.			
26	Planilla de pago a Salud, Pensión y ARL (y demás si aplica)			
27	Soportes de Pago			

Nombre y firma de quien verifica

HOJA DE VIDA ACTUALIZADA

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO

HOJA DE VIDA

Persona natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Fundación YO TE CUIDO		PÚBLICA	PRIVADA X	PAS COLOMBIA
DEPARTAMENTO HUILA	MUNICIPIO GARZON		CORREO ELECTRÓNICO coordinador1yotecuido@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO 1 5 1 0 2 0 2 4		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO 2 9 1 2 2 0 2 4	
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR DE CASO	DEPENDENCIA Hogar Sustituo		DIRECCIÓN Calle 7 # 2e - 03	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Fundación FUNDAR		PÚBLICA	PRIVADA X	PAS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Caqueta	MUNICIPIO Florencia		CORREO ELECTRÓNICO proteccionfundar@gmail.com	
TELÉFONOS 4377148-3213113716	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO 0 1 0 1 2 0 2 4		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO 1 4 1 0 2 0 2 4	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRABAJADOR SOCIAL	DEPENDENCIA Hogar Sustituo		DIRECCIÓN carrera 8 N. 7-15	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ESE MARIA Auxiliadora		PÚBLICA	PRIVADA X	PAS COLOMBIA
DEPARTAMENTO HUILA	MUNICIPIO GARZON		CORREO ELECTRÓNICO picesegarzon@gmail.com	
TELÉFONOS 3104675116	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO 2 0 0 6 2 0 2 3		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO 3 0 1 1 2 0 2 3	
CARGO O CONTRATO TRABAJADOR SOCIAL	DEPENDENCIA COLECTIVAS		DIRECCIÓN CARRERA 4N 4-31	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE GARZON		PÚBLICA X	PRIVADA	PAS COLOMBIA
DEPARTAMENTO HUILA	MUNICIPIO GARZON		CORREO ELECTRÓNICO comisariadefamilia@garzon-huila.gov.co	
TELÉFONOS 3208971739	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO 0 1 0 1 2 0 2 2		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO 3 1 1 2 2 0 2 2	
CARGO O CONTRATO PRACTICANTE DE TRABAJO SOCIAL	DEPENDENCIA COMSARIA DE FAMILIA		DIRECCIÓN CALLE 8 N. 13-69	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA X	PAS COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489, 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

MARQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
FUNDACION FUNDAR		10
ESE MARIA AUXILIADORA		5
PRACTICANTE DE TRABAJO SOCIAL	1	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA SON VERACES. (Artículo 5º DE LA LEY 19095)



Firma del servidor público o contratista

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

Nombre y firma del jefe de personal o de contratos

CERTIFICADO DE ESTUDIOS

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Carlos Andres Cuenca Rojas

CC No. 1.077.878-357

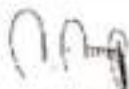
*Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de*

Trabajador Social

Código SNIES 405678

en testimonio se firma y sella este diploma


Rector


Decano


Secretario General


Secretario General



El presente diploma es válido para
la inscripción en el Registro de la
Corporación Universitaria Minuto de Dios

República de Colombia

Este diploma es válido para la inscripción en el
Registro de la Corporación Minuto de Dios
y en el Registro de la Corporación



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 036

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO,

Certifica:

Que en el municipio de Garzón, departamento del Huila; el día veinticinco (25) de Marzo de dos mil veintitrés (2023), la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Trabajador Social** a **Carlos Andres Cuenca Rojas** con cédula de ciudadanía No. **1.077.876.357** quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No. **DP013036102190625** que lo acredita como tal, registrado en el Folio **102** del Libro No. **013** de Registro de Títulos expedidos por la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**.

La **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO** está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES **105678** concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior se firma en el municipio de Garzón, departamento del Huila; el día veinticinco (25) de Marzo de dos mil veintitrés (2023).

Javier Alonso Arango Pardo
Rector UBVD

Linda Lucia Guarín Gutiérrez
Secretaria General





La República de Colombia
y en su nombre la
Institución Educativa
"Simón Bolívar"

Garzón - Buila

Creada mediante Decretos No. 1502 del 26 de noviembre de 2002, 0571 del 4 de junio de 2003 y Reconocimiento Oficial por parte de la Secretaría de Educación del Departamento del Huila según Resolución No. 2664 del 19 de mayo de 2016, en consecuencia con la estipulado en la Ley 115 de 1994, Decreto 1075 del 26 de mayo de 2015 y Acuerdo No. 006 del 9 de abril de 2015

Confiere a:

Carlos Andrés Cuenca Rojas

Identificado (a) con C.E. N°. 980507-59045 de Garzón

El Título de:

Bachiller Académico
Profundización en Ciencias Sociales

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes



Luzmila Burbules Cárdenas
C.E. N°. 20 504 532 de San Agustín
Huila

Luz Dary Herrera Gálvez
C.E. N°. 20 002 234 de Garzón
Secretaria Académica

Acta General de Convocatoria No. 415

Folia N°. 252 del libro de Registro Interno de Builomas No. 3

Dado en Garzón Buila, a los 30 días del mes de noviembre de 2016

CERTIFICADO DE EXPERIENCIA

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO



FUNDAR.

Que el Señor CARLOS ANDRÉS CUENCA ROJAS, identificado con cédula de ciudadanía No 1.077.876.357, preste sus servicios como Trabajador Social en la Fundación Fundar, en la Modalidad HOGARES SUTITOS, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Caquetá, Así:



**LA COORDINADORA DEL CENTRO DE TRABAJO DE GARZÓN DE LA AGREMIACION
SINDICAL "CALIDAD INTEGRAL"**

CERTIFICA QUE

El señor CARLOS ANDRÉS CUENCA ROJAS, identificado con Cédula de Ciudadanía Número 1077876357 expedida en GARZÓN - HUILA, en calidad de afiliado participe de la Agremiación Sindical CALIDAD INTEGRAL, prestó sus servicios como TRABAJADOR SOCIAL en el proceso de PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC - APS, en la E.S.E. Hospital María Auxiliadora, Municipio de Garzón Huila, desde el 20 de junio de 2023 hasta el 30 de noviembre de 2023, en modalidad de convenio sindical.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a cuatro (04) días del mes de diciembre de 2023.

MARISOL TRUJILLO FIGUEROA
Coordinadora





Alcaldía Municipal de Garzón - Huila

Código Dane: 41218 Nit: 891.160.022 - 4

COMISARIA DE FAMILIA

COMISARIA DE FAMILIA DE GARZÓN - HUILA

CERTIFICA:

Que el estudiante CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS identificado con Cédula de ciudadanía No. 1.077.676.357, expedida en Garzón.

Estudiante del programa de Trabajo Social de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, quien realizó la práctica profesional en la Comisaria de Familia del municipio de Garzón- Huila, en el periodo académico comprendido entre enero 2022 a diciembre 2022, correspondiente a doce (12) meses.

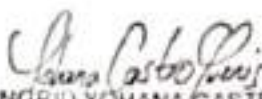
El estudiante CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS, realizó sus prácticas a completa satisfacción, desempeñando las funciones encomendadas propias de esta autoridad administrativa con idoneidad, eficiencia y responsabilidad.

Las funciones realizadas por la practicante fueron:

1. Atención al ciudadano.
2. Elaboración de campañas de prevención y promoción de las rutas de atención a las víctimas de violencia en el contexto de la familia.
3. Visitas de verificación de derechos a los niños, niñas y adolescentes y víctimas de violencia en el contexto de la familia.
4. Acompañamiento y asesoría a las víctimas de Violencia Intrafamiliar.
5. Elaboración de informes socio familiares en casos de Violencia Intrafamiliar.
6. Emisión conceptos socio familiares en los diferentes procesos administrativos de restablecimientos de derechos.

La presente certificación se expide al cuarto día del mes de enero del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,


INGRID YOHANA CASTRO GUENIS
Comisaria de Familia

COPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.077.876.357

CUENCA ROJAS

APellidos

CARLOS ANDRES

SEXO



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1998

GARZON
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.86

O-

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

25-AGO-2016 GARZON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL
ALAN CARLOS SALGADO ALBA



P-1903495-00854382-M-1077876357-20161608

0051750198A 1

44904580

CONSULTA CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 267502689



PIB
11:58:43
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 31 de marzo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1077676357:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES.

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes. El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Milán
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN:
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 31 de marzo de 2025, a las 11:10:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1077876357
Código de Verificación	1077876357250331111053

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.


HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:23:29 horas del 31/03/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1077876357**, Apellidos y Nombres **CUENCA ROJAS CARLOS ANDRES**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Fundacion social YO TE CUIDO**, con NIT **901496702-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la **Ley 1918 del 12/07/2018** "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018" con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CRIMINAL E INTERPOL

en línea

Horarios: Lunes a Viernes 8:00 pm a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 - 75 barrio Modelo, Bogotá D.C.
Teléfono: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dis@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co
Instagram: [@policia](https://www.instagram.com/policia)
Twitter: [@Policia](https://twitter.com/Policia)





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/03/2025 12:24:23 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1077876357** ,

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **113449026** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

515 9900



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 25 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 011000910112



GOV.CO



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:52:27 AM horas del 31/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1077876357

Apellidos y Nombres: CUENCA ROJAS CARLOS ANDRES

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, profonda por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda 'NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES' aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
+ 25 Surco Militar, Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a
viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
11 8000 4000 (línea gratuita)
Servicio por correo: 01-8000 410 110
Email: atencion@pnc.gov.co
pnc.gov.co



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



GOV.CO

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	F4.P5.ABS	14/11/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

El(la) suscrito(a) Calle Andres Luis Kyu identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1072876357 expedida en Caldas (H), autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Uleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Caldas el día 27 () de Diciembre de 2018.

Firma
Nombre
Cédula

Calle Andres Luis Kyu
1072876357

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1077876357 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 13/03/2025 03:10 AM



Código Verificación: 3ZD6V1MKT8

Válida hasta: 11/06/2025

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

COPIA DEL RUT



CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN VIGENTE A EPS, AFP Y ARL





CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS** identificado con CC No. **1077876357**, registra la siguiente información:

Datos de la Relación Laboral

Fecha de inicio de cobertura: 06/12/2024

Estado Afiliación: ACTIVO

Fecha de inicio de Contrato: 01/11/2024

Fecha fin de Contrato: 31/05/2025

Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723

Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012552172.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Aseguradora Compañía de Seguros S.A.
Tel: 800 811 811 Línea Gratuita Nacional (+57) 01-8000-01-170 - Teléfono: +57 (00) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero Ana María Guezo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | atencionalcliente@positiva.gov.co | Carrera 13 # 154 - 13 Oficina 900
Bogotá +57 (00) 330 7000 Lunes a viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. (El Defensor responderá en quien lo reclamamos actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/reclamo-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SIC o una
organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1077876357**, se encuentra afiliado/a desde **11/06/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de enero de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS identificado(a) con CC 1077876357 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 05/09/2022

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: SALUD VITAL DEL HUILA IPS S.A.S. - SEDE GARZON

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 27 días del mes 12 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

COPIA DE EXAMEN PRE-OCUPACIONAL



 DR. ALFONSO BENAVIDES SUAREZ MEDICO-ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL R.M Registro Médico No. 972/1997 - I.S.O 1180 DE 2022 	
CERTIFICADO DE APTITUD	
FECHA DE CERTIFICACIÓN: 14-02-2025	
NOMBRE Y APELLIDO: CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS	C.C No: 1077876357
CARGO: GESTOR SOCIAL	DEPENDENCIA: EDAD: 26 AÑOS
EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	DIRECCION: CARRERA 1 B N. 3-25 BARRIO LAS PALMAS
EXAMENES PRACTICADOS	
EXAMENES EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL ☒ OPTOMETRIA AUDIOMETRIA RX OTROS LABORATORIOS VERTIGO-MANIOBRAS ESPIROMETRIA ESPACIOS CONFINADOS PSICOLOGIA ELECTROCARDIOGRAMA	LABORATORIO: NO REALIZO RAYOS X: NO REALIZO OPTOMETRIA: NO REALIZO AUDIOMETRIA: NO REALIZO ESPIROMETRIA: NO REALIZO PSICOLOGIA: NO REALIZO ELECTROCARDIOGRAMA: NO REALIZO VERTIGO - MANIOBRAS: POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
EXAMEN A REALIZAR DE INGRESO / PERIODICO / EGRESO	
APTO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGIA APARENTE ☐	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU LABOR: ☐
APTO CON RESTRICCION ☐	MOTIVO: <input type="text"/>
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS. ☐	MOTIVO: <input type="text"/>
APLAZADO. ☐	MOTIVO: <input type="text"/>
RECOMENDACIÓN: AL EXAMEN DE INGRESO, SE VALORA AL PACIENTE EN MENCIÓN POR MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, A LA REVISION FISICO GENERAL POR ORGANOS Y SISTEMAS, CARDIOVASCULAR, NEUROLOGICO, PULMONAR: NORMAL. SE RECOMIENDA MANEJO ADECUADO DE CARGAS, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP. APTO PARA LABORAR COMO: GESTOR SOCIAL, EMPRESA: FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO.	
EXAMEN PERIODICO	
PERIODICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR ☐	
SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL ☐	PERMANENTE ☐
	REASIGNAR TAREAS ☐
OTROS	
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐	NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐
EXAMEN DE EGRESO	
SATISFACTORIO ☐	NO SATISFACTORIO ☐
MOTIVO: <input type="text"/>	
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ☐ NO ☐	
RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL	
REMISION A E.R.S ☐	INICIO DE ACTIVIDAD FISICA ☐
CONTINUAR A A.R.P ☐	DEJAR DE FUMAR ☐
SEGUIMIENTO CASO POR A.R.P ☐	REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL ☐
CONTROL DE PESO ☐	
Incluir VISUAL ☐	AUDITIVO ☐
en SVE CARDIOVASCULAR ☐	PSICOLABORAL ☐
	RESPIRATORIO ☐
	BIOLOGICO ☐
	ERGONOMICO ☐
	QUIMICO ☐
DR. ALFONSO BENAVIDES S. MEDICO GENERAL Especialista en Salud Ocupacional R.M. 972/1997 - I.S.O 1180/2022 FIRMA DEL MEDICO REGISTRO 972/97 ISO 1180/2022	
 FIRMA DEL TRABAJADOR C.C. No: 1077876357	

COPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL





Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 y Decreto 2833 de 1981

Nº 800005991-9

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL HACE CONSTAR QUE:

1. **CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS**, con cédula No. 1077876357 de Garzón (Huila), el 17 de Abril de 2023 solicitó su inscripción ante este Consejo.
2. Después de verificar la documentación recibida, se constató que cursó la carrera de Trabajo Social en la **CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS**, la cual le otorgó el título correspondiente.
3. Al cumplir con lo ordenado por el artículo 4 del Decreto 2833 de 1981, con respecto a la documentación presentada, fue aprobada la inscripción por medio de la Resolución 0466 del 28 de Abril de 2023, en la que también se incluyeron otros trabajadores sociales.
4. Cumpliendo con el mandato del artículo 22 de la Ley 962 de 2005 (julio 8), acerca del Número Único de Identificación Personal (NUIP), el número de la inscripción es el mismo de la cédula de ciudadanía: 1077876357.
5. Para verificación y control se le asignó un código interno: 556671057, utilizado exclusivamente para uso del Consejo.
6. Por tanto, ya inscrita ante el Consejo, esta persona podrá ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia, según lo estipulado en el artículo sexto de la Ley 53 de 1977.
7. Como los artículos 18 y 19 del decreto 2106 (22 de noviembre de 2019) suprimen tarjetas, matrículas y registros profesionales, esta certificación reemplaza el registro profesional que se venía utilizando en Trabajo Social.
8. De acuerdo con la Resolución 0014 (abril 24 de 1991) que autoriza a la presidencia del Consejo la aprobación de la inscripción, se expidió este documento, en Bogotá, D.C., el 17 de Abril de 2023.
9. Que este Certificado tiene vigencia por seis(6) meses a partir del 27 de Diciembre de 2024, dado en Bogotá D.C.

Elaborado por EjerzoLegalmente

Valide este documento ingresando el código 2mNF1g5lp9 en el siguiente enlace:
<https://ejerzo.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/public/documentmanagement/validar>



Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 y Decreto 2833 de 1981

Nit 800005991-9

CERTIFICADO DE VIGENCIA Y ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

EL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICA

1. Que CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS identificado con cédula de ciudadanía número 1077876357 de Garzón, se encuentra inscrito como trabajador social en este Consejo según el artículo sexto de la Ley 53 de 1977.
2. Que su registro profesional tiene el número 1077876357 con código interno 556671057 y con fecha de inscripción 17 de Abril de 2023, resolución de inscripción 0466 del 28 de Abril de 2023.
3. Que el registro profesional está vigente.
4. Que revisados los archivos de los casos tratados por el Comité de ética, hasta la fecha, esta persona no ha sido sancionada por faltas contra la ética profesional.
5. Que este certificado tiene vigencia por seis (6) meses a partir de su expedición.

Bogotá D.C., 13 de Marzo de 2025.

Elaborado por EjerzoLegalmente

Valide este documento ingresando el código v8A7joEnqN en el siguiente enlace:
<https://ejerzo.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/public/documentmanagement/validate>

LIBRETA MILITAR



**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS identificado con Tarjeta de Identidad No. 98080759045, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	CARLOS
Segundo Nombre:	ANDRES
Primer Apellido:	CUENCA
Segundo Apellido:	ROJAS
Tipo Documento:	Tarjeta de Identidad
Número Documento:	98080759045
Razón para el estado:	Inscripción
Estado del ciudadano:	En registro

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 27 días del mes de Diciembre de 2024, a las 5:36:33 PM.

PROCESO DE SELECCIÓN

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO



ENTREVISTA SELECCIÓN DE PERSONAL

ENTREVISTA SELECCIÓN DE PERSONAL

Nombre: Carlos Andres Luna Rios Fecha: 30 Diciembre 2024

SALUDAR Y CONTAR ACERCA DE LA FUNDACIÓN

- Hábleme acerca de usted

Soy una persona que busca el trabajo en equipo y se preocupa por su trabajo, me gusta colaborar a mis compañeros y siempre busco superar las dificultades que se presenten.

- Me puede describir sus fortalezas

Soy proactivo y siempre estoy por el trabajo en equipo, soy competitivo y quiero buscar la mejor manera de trabajar, así mismo, me permite superar mis dificultades.

- ¿Cómo haces frente a situaciones de urgencia o tensión?

Antes de dar de mis respuestas, o situaciones que tengo conocimiento frente a la persona que se debe abordar.

- ¿Qué objetivos o metas tienes en tu vida profesional, a corto o largo plazo?

A corto plazo quiero realizar una Maestría en Desarrollo Social el cual me permita abrirme más la puerta, a largo plazo quiero ser un Asesor Social de apoyo humano en la comunidad.

- ¿Qué experiencia tiene usted en este campo laboral?

Trabaje a comisión de papel en la Fundación Social, con un año de experiencia y en el año 2024 del 1 de Enero con la fundación final hasta el 15 de octubre.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

Cuestionario

Nombre: <u>Patricia Ariles Luna-Rivera</u>	Edad: <u>26</u>	Sexo: ☒ Hombre ☐ Mujer
Ciudad: <u>Cartagena</u>	Ocupación: <u>Gerente</u>	Empresa: <u>Fundación Social "Te te cuido"</u>
Estudios: ☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Universitario ☒ Otro:		

Por favor, marque cero, uno, dos o tres puntos en las casillas del centro, según la importancia que usted le da a cada frase en su vida personal. Las únicas opciones de respuesta son: 3-0, 0-3, 2-1, 1-2 Siempre la suma de puntos de las dos casillas debe ser 3.

1	Muestro dedicación a las personas que amo	<u>1</u> <u>2</u>	Actúo con perseverancia
2	Soy tolerante	<u>1</u> <u>2</u>	Prefiero actuar con ética
3	Al pensar, utilizo mi intuición o "sexto sentido"	<u>1</u> <u>2</u>	Me siento una persona digna
4	Logro buena concentración mental	<u>2</u> <u>1</u>	Perdono todas las ofensas de cualquier persona
5	Normalmente razono mucho	<u>1</u> <u>2</u>	Me destaco por el liderazgo en mis acciones
6	Pienso con integridad	<u>0</u> <u>3</u>	Me coloco objetivos y metas en mi vida personal
7	Soy una persona de iniciativa	<u>1</u> <u>2</u>	En mi trabajo normalmente soy curioso
8	Doy amor	<u>0</u> <u>3</u>	Para pensar hago síntesis de las distintas ideas
9	Me siento en calma	<u>2</u> <u>1</u>	Pienso con veracidad

Segunda parte

Por favor, marque cero, uno, dos o tres puntos en las casillas del centro, para la frase **más inaceptable**, según su juicio. El puntaje más alto, será para la frase que indique lo peor. Las únicas opciones de respuesta son:

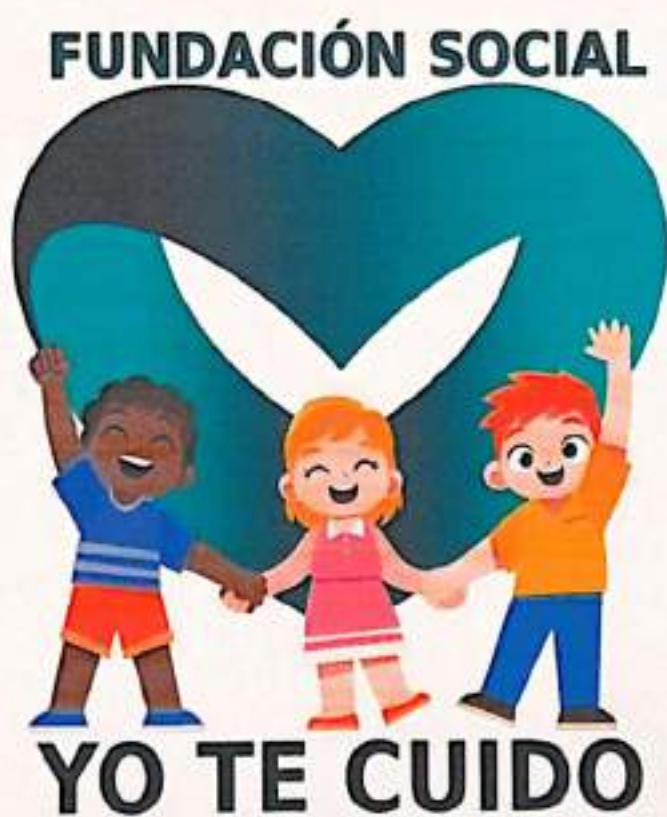
3-0, 0-3, 2-1, 1-2

Siempre la suma de puntos de las dos casillas debe ser 3.

10	Irrespetar la propiedad	<u>2</u> <u>1</u>	Sentir inquietud
11	Ser irresponsable	<u>1</u> <u>2</u>	Ser desconsiderado hacia cualquier persona
12	Caer en contradicciones al pensar	<u>1</u> <u>2</u>	Sentir intolerancia
13	Ser violento	<u>2</u> <u>1</u>	Actuar con cobardía

14	Sentirse presumido	<u>0</u> <u>3</u>	Generar divisiones y discordia entre los seres humanos
15	Ser cruel	<u>2</u> <u>1</u>	Sentir ira
16	Pensar con confusión	<u>0</u> <u>3</u>	Tener odio en el corazón
17	Decir blasfemias	<u>3</u> <u>0</u>	Ser escandaloso
18	Crear desigualdades entre los seres humanos	<u>3</u> <u>0</u>	Apasionarse por una idea
19	Sentirse inconstante	<u>1</u> <u>2</u>	Crear rivalidad hacia otros
20	Pensamientos irracionales	<u>2</u> <u>1</u>	Traicionar a un desconocido
21	Ostentar las riquezas materiales	<u>1</u> <u>2</u>	Sentirse infeliz
22	Entorpecer la cooperación entre los seres humanos	<u>2</u> <u>1</u>	La maldad
23	Odiar a cualquier ser de la naturaleza	<u>2</u> <u>1</u>	Hacer distinciones entre las personas
24	Sentirse intranquilo	<u>2</u> <u>1</u>	Ser infiel
25	Tener la mente dispersa	<u>1</u> <u>2</u>	Mostrar apatía al pensar
26	La injusticia	<u>2</u> <u>1</u>	Sentirse angustiado
27	Vengarse de los que odian a todo el mundo	<u>1</u> <u>2</u>	Vengarse del que hace daño a un familiar
28	Usar abusivamente el poder	<u>2</u> <u>1</u>	Distraerse
29	Ser desagradecido con los que ayudan	<u>2</u> <u>1</u>	Ser egoísta con todos
30	Cualquier forma de irrespeto	<u>2</u> <u>1</u>	Odiar

MANUAL DE FUNCIONES DEL CARGO





FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3123934188

Nombre del cargo:	Gestor de Caso
Dependencia:	Modalidad Hogar Sustituto
Reporta el cargo:	Psicología, Trabajo Social, Desarrollo Familiar, Antropología, Sociología O Pedagogía
Perfil del Cargo: Profesional que prestará sus servicios con atención directa a las niñas, los niños y los adolescentes, por lo cual participará en el Plan de Caso y el desarrollo del proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio de acuerdo con las características de la población que se atiende y la Propuesta de Implementación y Cualificación – PIYC – de la entidad	
Funciones del Cargo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Articular y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para la implementación de técnicas del método de administración de casos: análisis de caso, reunión de caso, conferencias de casos. 2. Apoyar técnicamente en la calidad del diligenciamiento de las herramientas de monitoreo y evaluación por parte del equipo de profesionales de la modalidad. 3. Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr el abordaje de cada uno de los niveles de atención en cada caso. 4. Promover espacios de formación en el método de administración de casos y manejo de herramientas de monitoreo y evaluación al equipo de profesionales de la modalidad en conjunto con el coordinador de la modalidad. 5. Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr la macro - gestión en cada caso. 6. Articular con el equipo de profesionales de la modalidad la gestión de las acciones de interacción permanente con las Autoridades Administrativas, equipos interdisciplinarios de Defensoría o Comisaría de Familia, Entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar para lograr la macro -gestión en cada caso. 7. Apoyar las acciones para el cumplimiento en la cualificación de la PIYC de la modalidad (cualificación talento humano, prevención de situaciones de riesgo, estrategias para el mejoramiento continuo y herramientas de participación de los niños, niñas, adolescentes, sus familias, o redes vinculares de apoyo en el desarrollo del proceso de atención propuestas en la PIYC). 8. Liderar y apoyar los procesos de egreso progresivo cuando haya lugar a ello. 	
Formación Académica: Debe poseer título profesional en psicología, trabajo social, desarrollo familiar, antropología, sociología o pedagogía	Experiencia: Experiencia mínima de un año de experiencia profesional certificada en programas o proyectos sociales o en atención directa con niños, niñas y/o adolescentes
Competencias Esenciales: Competencias Esenciales: <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de gestión 	Competencias funcionales: <ul style="list-style-type: none"> • Organización y/o programación de actividades. • Capacidad de trabajar en equipo. • Lectura y/o interpretación de documentos.



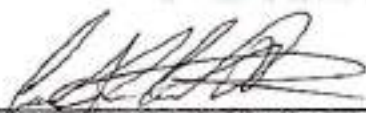
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3123934188

<ul style="list-style-type: none">• Capacidad de comunicación asertiva y escucha.• Responsabilidad• Trabajo en equipo.• Asertividad.• Residencia y manejo de las frustraciones• Sentido humano• Resolución de conflictos.• Oportunidad y eficacia en las funciones asignadas.	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración y/o presentación de informes mensuales.• Adecuado manejo de la información confidencial y reservada.• Intervención con los niños, niñas adolescentes, familias biológicas o red vincular de apoyo.• Elaboración oportuna de informes de atención.•
--	--


CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
CC: 1.077.876.357

YO TE CUIDO

CÓDIGO ÉTICO DE LA ENTIDAD





FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

CÓDIGO ÉTICO DE LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO

Las personas que proporcionamos atención y cuidado o trabajamos directa o indirectamente (sin importar el tipo de vinculación) con los niños, las niñas y adolescentes; o, venimos a realizar una actividad permanente o temporal en las instalaciones de LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO – MODALIDAD DE ACOGIMIENTO FAMILIAR – HOGAR SUSTITUTO, en atención a los estándares internacionales de protección de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes establecidos entre otros, en la Convención de los Derechos del Niño [niñas y adolescentes], el Código de la Infancia y la Adolescencia – Ley 1098 de 2006 y a la Ley 2089 de 2021123 y demás normativa y jurisprudencia internacional y nacional: Nos comprometemos dentro y fuera de este operador a:

1. Mantener los más altos niveles de rendición de cuentas, eficiencia, competencia, integridad y transparencia en la prestación del servicio en el marco de las acciones de restablecimiento de derechos adelantadas a favor de niños, niñas y adolescentes; o, por las cuales se dio mi vinculación con el operador.
2. Asumir un rol de consideración y respeto hacia los niños, las niñas y adolescentes como sujetos de derechos y exigirlos de igual manera a quienes estén en interacción con ellos y ellas.
3. Respetar la privacidad y el derecho a la intimidad de los niños, las niñas y adolescentes
4. Compartir con los niños, las niñas y los adolescentes, actividades en el marco del respeto, la confianza, la empatía y el buen trato.
5. Garantizar a los niños, las niñas y los adolescentes, la atención y cuidados necesarios para su desarrollo integral, tanto físico como cognitivo, relacional, emocional, espiritual y ético de acuerdo con el proceso de atención establecido para cada modalidad.
6. Prevenir la ocurrencia de situaciones violencia, discriminación, explotación, estigmatización o cualquier acción u omisión que atente contra los derechos fundamentales de los niños, las niñas y los adolescentes; y, abstenerse de realizar comportamientos o expresiones de discriminación, rechazo, indiferencia u otros tratos que afecten la salud mental, emocional o física de los niños, las niñas y los adolescentes.
7. Velar por la identificación oportuna de situaciones que pongan en riesgo la vida e integridad física, mental, emocional y sexual de los niños, las niñas y adolescentes a su cargo, durante el tiempo que estén bajo su cuidado y responsabilidad, poniendo en conocimiento inmediato de las mismas para adelantar prontas intervenciones.
8. Tener respeto y reserva por la historia de vida de los niños, las niñas y adolescentes a cargo, sin explorar sobre la misma o pretender profundizar en información específica, que esté por fuera de aportar al restablecimiento de derechos y que no obedezca a su interés superior. La información consignada en estas historias es de carácter restringido y se debe mantener bajo absoluta reserva y confidencialidad.
9. Cuidar directamente a los niños, las niñas y los adolescentes, sin delegar su atención, o dejarlos a cargo de personas que no hagan parte de la modalidad o servicio de atención, a menos que esté debidamente autorizado



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

- a. por la autoridad administrativa a cargo del caso. Con respecto al trato con los niños y las niñas nunca será aceptable: a. Discriminar por etnia, sexo, género, estrato social, religión, orientación sexual, discapacidad, pertenencia étnica, nacionalidad, afiliación política; o, por cualquier otra condición a niños, niñas o adolescentes.
- b. Imponer sanciones o castigos que atenten contra la integridad física o mental y el desarrollo de la personalidad de niños, niñas y adolescentes, especialmente aquellos que constituyan tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes; incluidas las medidas de aislamiento, incomunicación con sus familiares, redes vinculares y/o comunidades étnicas; o, cualesquiera otras formas de violencia física o psicológica que puedan poner en peligro la salud física o mental de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.
- c. Hacer uso de la fuerza o medidas de coerción de cualquier tipo o actos de violencia física, verbal, psicológica, sexual o negligencia en el cuidado de los niños, las niñas o los adolescentes.
- d. Privar total o parcialmente de alimentos o retardo en los horarios de comida a los niños, las niñas y adolescentes que se tienen bajo su responsabilidad o cuidado.
- e. Utilizar en la preparación de los alimentos ingredientes que, previos estudios técnicos, el ICBF o autoridad administrativa considere como nocivos para la salud de los niños, las niñas o los adolescentes.
- f. No administrar, o administrar parcialmente, modificar las dosis, vía y horarios de los medicamentos que han sido ordenados por el médico tratante al niño, niña o adolescente; Suministrar medicamentos vencidos o que no hayan sido formulados por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión.
- g. No realizar las gestiones necesarias y pertinentes en la prestación oportuna del servicio de salud cuando lo requiera un niño, una niña o un adolescente bajo su responsabilidad o cuidado
- h. Negar la provisión de dotación personal (cama, colchón, ropa de cama, vestuario, elementos de aseo, material pedagógico o lúdico deportivo, o dotación de acuerdo con las prácticas culturales de los grupos étnicos) a los niños, las niñas o adolescentes bajo su responsabilidad o cuidado; o, suministrar dotación inadecuada o en malas condiciones para su uso.
- i. Excluir a los niños, las niñas o adolescentes de las estrategias de formación académica, de capacitación o recreación, por razones de raza, género, orientación sexual, discapacidad o cualquier otra situación de discriminación.
- j. Negar el derecho a las visitas o a la comunicación de los niños, las niñas y los adolescentes, con la familia o red vincular de apoyo, autoridades tradicionales, excepto en casos en los cuales la autoridad administrativa competente lo haya determinado de manera justificada.
- k. Permisividad y tolerancia frente a actos de acoso y/o violencia entre los niños, las niñas y los adolescentes, que interactúan en las diferentes modalidades.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

- l. Ejercer violencia sexual en contra de una niña, niño o adolescente de manera física o virtual.
- m. Sostener relaciones afectivas y/o sexuales con las y los adolescentes mayores de 14 años dentro o fuera del hogar sustituto o institución. Tales relaciones están radicalmente desalentadas pues radican en relaciones de poder fehacientemente desiguales y socavan la credibilidad en la prestación del servicio, configurándose de igual manera en hechos de violencia susceptibles de denuncias penales. No será excusa la creencia equivocada con respecto a la edad de un niño, niña o adolescente.
- n. Ofrecer dinero, empleo, productos o servicios a cambio de relaciones sexuales, incluidos favores sexuales u otras formas de comportamiento humillante, explotador o degradante. Esta prohibición abarca las invitaciones dentro o fuera del hogar sustituto o institución a sostener relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución.
- o. Obtener, distribuir o utilizar materiales pornográficos dentro o fuera del hogar sustituto o institución, lo que incluye la visita de sitios web pornográficos, así como el envío de mensajes pornográficos vía virtual o telefónica.
- p. Omitir deliberadamente la denuncia o comunicación de actos de violencia sexual hacia los niños, niñas o adolescentes ante la autoridad o autoridades competentes. Igualmente, el no realizar ninguna acción para proteger a los niños, niñas o adolescentes frente a tales vulneraciones de derechos.
- q. Utilizar a los niños, las niñas o adolescentes con fines de explotación económica o en trabajos que atenten contra su salud física y emocional o su integridad personal.
- r. Tolerar o tener comportamientos ilegales o peligrosos con niños, niñas o adolescentes, entre otras, consumir sustancias psicoactivas, fumar, beber alcohol.
- s. Ocultar información sobre cargos penales o condenas relevantes que puedan interferir en la capacidad para cumplir las obligaciones establecidas.
- t. Incumplir las normas de seguridad y prevención de desastres o de cualquier riesgo para la salud y la integridad de los niños, las niñas o los adolescentes.
- u. Incumplir las normas de seguridad en el transporte de los niños, las niñas o los adolescentes, de acuerdo con lo estipulado en el Código de Tránsito y demás normas relacionadas con el transporte escolar.
- v. Dar egreso del proceso de atención o suspender la atención de los niños, las niñas o los adolescentes, sin la autorización de la autoridad administrativa encargada del caso.
- w. Ocultar, demorar o entregar parcialmente al ICBF la información sobre los niños, las niñas o adolescentes, que eventualmente dieran lugar a un cambio de medida o toma de decisiones importantes en el marco del proceso de atención.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

Serán acciones prioritarias frente a estas situaciones:

- Dar traslado inmediato a quienes ejerzan la coordinación de las modalidades y servicio, la supervisión de los contratos de aporte y demás personas de quien se espera que emprenderán con prontitud acciones de intervención.
- Garantizar que toda información, sea canalizada correctamente y tratada con la mayor confidencialidad
- Presentar las acciones disciplinarias, penales o administrativas respectivas.
- Considerar como una infracción al Código Ético, las acusaciones que se informen cuando estas faltan a la verdad, las cuales estarán sujetas a medidas disciplinarias a discreción de quienes tienen las competencias decisorias respectivas.

DECLARACIÓN

Yo Roberto Andrés Gómez Ríos, identificado(a) con CC (tipo de documento de identificación) No. 1031246241 confirmo que he leído, entendido y aceptado el Código Ético de La fundación social yo te cuido que opera la modalidad Hogar Sustituto. Asumo que el incumplimiento de cualquiera de los compromisos o el adelanto de las acciones que exponen a las niñas, niños o adolescentes a amenaza o vulneración de derechos, son infracciones al Código Ético, ya sea con ocasión del trabajo o servicio a desarrollar; o, por actos o comportamientos en mi vida privada mientras esté vigente mi relación laboral, académica o voluntaria, puede tener como consecuencia inmediata la adopción de medidas disciplinarias, administrativas o, incluso, penales frente a mi persona. Me comprometo a comunicar a través de los canales definidos para ello cualquier incumplimiento por parte de terceros de las normas y estándares que se recogen en el presente Código Ético y la normativa internacional y nacional respectiva.

Fecha: 30 de diciembre 2020

Firma: [Firma manuscrita]

YO TE CUIDO

COMPROMISOS



 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	F44.G7.ABS	07/05/2024
		Versión 1	Página 1 de 3

En cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales relacionadas con la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la Ley 1581 de 2012¹ y demás normas que la reglamenten, modifiquen o deroguen, la Política de Tratamiento de Datos Personales, la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se informa lo siguiente:

1. El ICBF actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme lo establecido en la constitución, la Ley, la Política de Tratamiento de Datos Personales, la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, disponible en página web de la entidad.
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: Alloga sensible.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por el ICBF y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales del ESAP.
6. Mediante la página web de la entidad (www.icbf.gov.co), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. El ICBF garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se suscribe el FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Yo, CARLOS ANDRES CUENCAS ROJAS identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1077876357 expedida en GARZON HUIAL, en calidad de representante legal de FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO con NIT 90146992-9, autorizo expresamente, de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1074 de 2015 y de acuerdo con lo dispuesto en su Política de Tratamiento de Datos Personales² para los fines relacionados con

¹ "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales"

² http://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_de_tratamiento_de_datos_personales_0.pdf

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS	F44.G7.ABS	07/05/2024
		Versión 1	Página 2 de 3

su objeto y en especial para fines legales, contractuales, y en especial, los fines relacionados con su misión y funciones.

La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Así mismo, autorizo libre y voluntariamente, de manera expresa e inequívoca al ICBF para que realice la recolección, almacenamiento, procesamiento, administración, transferencia y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados para los aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento a la ejecución de los contratos; la generación de registros, reportes y publicación de la gestión contractual establecidos normativamente, y tramitado en el marco de las políticas y procedimientos establecidos en el ICBF, así como el cumplimiento a los requerimientos de autoridades judiciales y entes de control interno y externo de la Entidad frente a los contratos.

Por lo anterior, el ICBF queda facultado para realizar cuando las necesidades lo ameriten, consultas en los sistemas, bases de datos y/o fuentes de información pública, que dispongan las entidades del Estado o privados que en ejercicio de sus funciones dan fe pública conforme a su misionalidad.

Así mismo, declaro que conozco la finalidad de la recolección y tratamiento de mis datos personales y que se realizará por el ICBF, en ejercicio propio de sus funciones legales y su misionalidad de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en el portal www.icbf.gov.co.

Manifiesto que fui informado(a) que en caso de que la Entidad solicite recolectar información, tengo derecho a contestar o no las preguntas que se me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud y a la vida sexual, que como titular de la información, fui informado de los derechos y deberes con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales o los medios virtuales dispuestos por la entidad².

Adicionalmente conforme al artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Instituto a remitir notificaciones electrónicas al correo

² Correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co, línea gratuita Nacional (57) 01 8000 91 80 80 y en Bogotá (57 1) 437 76 30, atención en el Chat virtual disponible de lunes a domingo, 24 horas en www.icbf.gov.co y servicio de Video llamada de lunes a viernes de 7:00 AM a 7:00 PM en jornada continua en www.icbf.gov.co

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	F44.G7.ABS	07/05/2024
		Versión 1	Página 3 de 3

electrónico institucional que me llegare asignar el ICBF, una vez inicie la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II y/o en el SIGEP.

Conforme lo manifestado en el estudio previo respecto de la procedencia de la consulta en el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, autorizo de manera previa, expresa y escrita a que se realice la consulta correspondiente, cuando se configuren las circunstancias descritas en la Ley 1918 de 2018 y el decreto 753 de 2019 o norma que la modifique o sustituya.

Finalmente, Las partes en aras de solucionar en forma ágil, rápida y directa las diferencias y discrepancias que puedan surgir de la presente autorización de tratamiento de datos personales, 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.

Cordialmente

	
Nombre del proveedor o futuro contratista:	CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
Tipo y número de documento futuro contratista:	CC.1077876357

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN	FECHA DE APROBACION	12/08/2022
		Versión 1 FSYTC-027	Página 1 de 1

Que la información conocida en la recepción, direccionamiento y trámite de las denuncias presentadas por presuntos actos de corrupción debe tener una vocación restringida de circulación buscando garantizar la seguridad y protección de los denunciantes, la no existencia de injerencias externas en el avance de las averiguaciones, así como proteger la intimidad y el buen nombre de los denunciados mientras no defina su responsabilidad en los hechos señalados, evidenciándose la necesidad de suscribir el presente compromiso para conocer la información referida Y todo lo relacionado con el proceso de hogar de paso tiene que ser retenida .

EN CONSECUENCIA:

Yo, Carlos identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 107787657 expedida en Carta en mi condición de Gestor de caso (Cargo que desempeña), vinculado al área HOGAR SUSUTITUTO de la Entidad o Empresa Operadora FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO teniendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con:

PRIMERO. OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD: La información conocida en la recepción, direccionamiento y por lo tanto me obligo a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida, para fines distintos a la recepción y direccionamiento de la información conocida

SEGUNDO. SEGURIDAD DE LA INFORMACION: La información conocida en la recepción, direccionamiento y trámite de los presuntos actos, deber ser mantenida 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.

TERCERO. DURACIÓN: Este compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información será permanente.

CUARTO. SANCIONES: El incumplimiento del deber de no divulgación de la información conocida en la recepción, direccionamiento y trámite de las denuncias presentadas por presuntos actos de corrupción dará lugar a las sanciones previstas en el contrato o al inicio de acciones disciplinarias dependiendo del tipo de vinculación, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles y penales según corresponda que pueda iniciar el ICBF o los proponentes afectados por esta situación.

En consecuencia, de lo anterior el presente compromiso se firma al 30 () días del mes de Diciembre del 2012.

Nombre: **CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS**

No. De Identificación: **CC1.077.876.357**

Cargo: **GESTOR DE CASO**



(FIRMA)

	FORMATO DE AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026- 01/08/2022	Página 1 de 1

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Yo Carlos Andrés Lora Ky. mayor de edad, identificado con documento de identidad (o pasaporte) No. 1047876357 doy mi consentimiento a la Fundación Social Yo Te Cuido con NIT 901496702-9, para el uso o la reproducción de las secuencias filmadas en video, fotografías o grabaciones de la voz de mi persona. Entiendo que el uso de la imagen o de la voz del participante, será principalmente para fines de las actividades sociales y comunitarias realizadas por la fundación. Las secuencias filmadas pueden usarse para los siguientes fines: (Marcar lo que proceda)

- ☒ Las presentaciones en reuniones o comités.
- ☒ El fragmento de video en las páginas y redes sociales de la fundación.

Se me informará acerca del uso de la grabación en video o fotografías para cualquier otro fin, diferente a los anteriormente citados.

Entiendo que este material puede ser utilizado en diversos medios, incluyendo impresos y electrónicos, tales como publicaciones, comunicados de relaciones públicas, materiales de reclutamiento, difusión de anuncios de servicio público o para otras actividades relacionadas promocionales. La foto/video también puede aparecer en las instalaciones de la Fundación Social yo Te Cuido o en sus distintas sedes, al igual que en las páginas de Facebook, Twitter, YouTube o futuras páginas de medios sociales. Esta autorización es continua y sólo podrá ser revocada por mi rescisión específica de esta autorización.

No existe ningún límite de tiempo en cuanto a la vigencia de esta autorización; ni tampoco existe ninguna especificación geográfica en cuanto a dónde se puede distribuir este material. Esta autorización se aplica a las secuencias filmadas en video o fotografías que se puedan recopilar como parte del desarrollo de reuniones y para los fines que se indican en este documento.

Como prueba de mi aceptación, se firma en Neiva – Huila, a los 30 del mes Diciembre del año 2018.

Firma: Carlos Andrés Lora Ky.

Nombre y apellidos: Carlos Andrés Lora Ky.

Identificación: CC.1047876357

Celular: 310565 3706

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	FORMATO COMPROMISO DE TIEMPO DE DEDICACION	FECHA DE APROBACION	31/08/2023
		Versión 1 FSYTC-086	Página 1 de 1

COMPROMISO DE TIEMPO DE DEDICACION

Modalidad Hogar Sustituto

Yo Isabel de la Cruz identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 10239364 de conformidad y en cumplimiento con el contrato suscrito entre el ICBF y la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, en calidad de Guarda de Cero, me comprometo a dedicar el tiempo necesario al cumplimiento de mis obligaciones basadas en todos los lineamientos, manuales, guías, formatos y demás documentos necesarios para el buen funcionamiento de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto.

Además de estar en constante disposición ante las situaciones que se presenten con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, madres sustitutas y demás profesionales que lo requieran.

Para constancia se firma en García el día 30 de Noviembre del año 2023


FIRMA

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN - CONTRATISTAS	F7.P2.ABS	22/11/2019
		Versión 3	Página 1 de 1

Yo: CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS, de nacionalidad COLOMBIANO identificado(a) con CC X CE No. 1077876357 expedida en la ciudad de GARZON HUILA, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**, en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad.

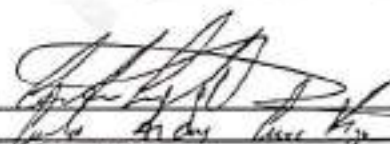
Como consecuencia a lo anterior, manifiesto que me comprometo a:

1. Dar 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 de la Información del ICBF, políticas que se encuentran publicadas en la página web www.icbf.gov.co.
2. No usar la información suministrada para fines distintos al cumplimiento del contrato suscrito con el ICBF, así como no utilizarla de forma alguna que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información.
3. 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 el ICBF, aún después de finalizado el contrato.
4. No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en sitios de Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la que tenga acceso bajo las políticas establecidas por el ICBF y las condiciones de seguridad necesarias, disponiendo de las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
5. Utilizar solo los repositorios de información dispuestos por el ICBF.
6. Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y devolver toda información de inmediato a la persona designada por el ICBF una vez haya suspensión o terminación de contrato o cambio en las obligaciones; absteniéndome de mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo del objeto contractual.
7. Garantizar la seguridad de la información que se pone en mi conocimiento, ejerciendo sobre ella diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de cuidado que ponga a disposición el Instituto, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en la Política de Seguridad de la Información del ICBF.

El no cumplimiento de los anteriores compromisos podría dar lugar a acciones civiles, contractuales, e incluso penales por parte del ICBF o de los titulares a quienes se les afecte en sus derechos.

Se suscribe en la ciudad de GARZON, el día TREINTA (30) de DICIEMBRE de 2024.

Firma
Nombre
Cédula


Carlos Andres Cuenca Rojas
1077876357

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012
 Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

CONTRATO

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL MARCO DEL CONTRATO CELEBRADO ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR Y LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO.

Entre los suscritos, por una parte **PAHOLA AGUIRRE LOSADA**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.347.141 de Campoalegre (Huila), actuando en calidad de representante legal de la **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO**, con NIT.901.496.702-9, quien para efectos de este contrato se denomina **EL CONTRATANTE** y por la otra **CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.1.077.876.357 de Garzón (Huila), obrando en nombre y representación propia, quien para efectos legales del presente contrato se denomina **EL CONTRATISTA**, hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por el siguiente clausulado previo las siguientes consideraciones:

CONSIDERACIONES

1. Que la **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO** celebró contrato de aporte con el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR -ICBF-**, el cual tiene como objeto **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.**
2. Que, en el marco de dicho contrato, la **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** debe adelantar el proceso de vinculación de talento humano, para el desarrollo del objeto del contrato de aporte con total discrecionalidad, observando y atendiendo los perfiles suministrados previamente por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF.**
3. Que el personal contratado no tiene o tendrá vínculo laboral o contractual alguno con el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF**, en tanto el presente contrato es suscrito por la Fundación en calidad de **CONTRATANTE** y el **CONTRATISTA** con ocasión a la prestación de sus servicios como profesional, sin que pueda entenderse subordinación o prestación de servicio alguno a favor del **ICBF.**
4. Que los términos utilizados en este documento tendrán el significado corriente y usual que ellos tienen en el lenguaje técnico correspondiente, o en el natural y obvio según el uso general de los mismos, salvo que se encuentren expresamente definidos de otra forma en el texto del presente documento. En todo caso, la **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** tendrá amplias facultades para interpretar y aplicar el sentido y alcance de los términos y cláusulas contenidas de este contrato.

En el marco de ejecución del presente contrato de prestación de servicios **EL CONTRATISTA** declara:

1. Que la información que el **CONTRATISTA** ha proporcionado a **EL CONTRATANTE**, sobre sus condiciones, calificaciones y trayectoria profesional, son veraces y precisos.
2. Que el **CONTRATISTA** conoce plenamente las condiciones generales y específicas de contratación bajo la modalidad de Prestación de servicios, encomendada mediante el presente contrato, y que se considera apto para desempeñar dichas actividades con la dedicación, esmero, eficiencia y recursos requeridos. //



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

3. Que el CONTRATISTA se obliga a acatar la reglamentación interna de la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, en todo aquello que le sea aplicable en su categoría de CONTRATISTA y en virtud del presente contrato.
4. Que el CONTRATISTA informa a EL CONTRATANTE que cuenta con su disponibilidad de tiempo para el desarrollo de sus obligaciones contractuales.
5. Que el CONTRATISTA conoce la naturaleza jurídica de la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO como entidad sin ánimo de lucro, y acepta las condiciones que por ende se aplican a este contrato.
6. Que el CONTRATISTA no ha transferido ni ofrecerá a ningún empleado o directivo de la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO ni a ningún tercero, algún beneficio directo o indirecto que se derive del presente contrato o de la concesión del mismo.
7. Que el CONTRATISTA acatará todas las leyes, ordenanzas y reglamentos vigentes en el cumplimiento de las obligaciones dimanantes de este CONTRATO.
8. Que el CONTRATISTA no ha sido inhabilitado por autoridad competente para el ejercicio de su profesión y tampoco registra inhabilitación alguna por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018, para lo cual autoriza desde ya a EL CONTRATANTE consultar cada tres meses en las bases de datos de la Policía Nacional.
9. Que el CONTRATISTA se compromete a respetar las normas éticas más estrictas en la ejecución del presente contrato, lo que incluye la no realización de prácticas discriminatorias o de explotación o la aplicación de cualquier práctica contraria a los derechos enunciados en la convención sobre los derechos del niño.
10. Que el precio total que se estipula en el clausulado de este contrato constituirá la única contraprestación por concepto de honorarios en relación con el mismo. EL CONTRATISTA no aceptará en beneficio propio ninguna comisión comercial, descuento o retribución similar relacionada con las actividades emprendidas en la aplicación del presente contrato o el cumplimiento de sus obligaciones en virtud del mismo.

Teniendo en cuenta lo anterior y de conformidad con su legítima voluntad el CONTRATISTA ha decidido aceptar el presente contrato, con todos y cada uno de los elementos que lo componen, conviniendo el siguiente:

CLAUSULADO

PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA se compromete con EL CONTRATANTE a prestar de manera diligente y con plena autonomía, sus servicios profesionales como Gestor del Caso en el contexto y desarrollo del Contrato de Aporte celebrado entre el ICBF y la Fundación Social Yo te Cuido que tiene como objeto "BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS 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 EN LA REGIONAL HUILA."

SEGUNDA. OBLIGACIONES. Para una adecuada ejecución del presente contrato y conforme al plan y los requerimientos señalados por EL CONTRATANTE, EL CONTRATISTA se obliga a:

1. Articular y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para la implementación de técnicas del método de administración de casos: análisis de caso, reunión de caso, conferencias de casos.
2. Apoyar técnicamente en la calidad del diligenciamiento de las herramientas de monitoreo y evaluación por parte del equipo de profesionales de la modalidad.
3. Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr el abordaje de cada uno de los niveles de atención en cada caso.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

4. Promover espacios de formación en el método de administración de casos y manejo de herramientas de monitoreo y evaluación al equipo de profesionales de la modalidad en conjunto con el coordinador de la modalidad.
5. Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr la macro - gestión en cada caso.
6. Articular con el equipo de profesionales de la modalidad la gestión de las acciones de interacción permanente con las Autoridades Administrativas, equipos interdisciplinarios de Defensoría o Comisaría de Familia, Entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar para lograr la macro - gestión en cada caso.
1. Apoyar las acciones para el cumplimiento en la cualificación de la PIYC de la modalidad (cualificación talento humano, prevención de situaciones de riesgo, estrategias para el mejoramiento continuo y herramientas de participación de los niños, niñas, adolescentes, sus familias, o redes vinculares de apoyo en el desarrollo del proceso de atención propuestas en la PIYC).
2. Liderar y apoyar los procesos de egreso progresivo cuando haya lugar a ello.
3. Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad Hogar Sustituto.
4. Presentar informes ejecutivos cuando la Fundación lo requiera y brindar así mismo la información necesaria de manera oportuna y precisa.
5. Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a su perfil profesional.
6. Cumplir las especificaciones técnicas de calidad contempladas en los Lineamientos Técnicos y Manuales Operativos de la Modalidad.
7. Participar activamente en todos los procesos de cualificación que resulten de la articulación del ICBF con las entidades territoriales como cursos, seminarios, diplomados y similares.
8. Cumplir con los roles y responsabilidades establecidos en el SG-SST por la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO.
9. Entregar copia del examen médico pre ocupacional conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, el cual será requisito para realizar el primer pago.
10. Deberá garantizar la disponibilidad de herramientas tecnológicas como (Equipo portátil y/o computadora de escritorio, cámara web y Smartphone, con una conexión a internet óptima para realizar las obligaciones estipuladas durante la ejecución del presente contrato.
11. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, además de las obligaciones que le impone la Ley a actuar con ética y moral mientras persista la relación contractual con la Fundación y a asistir a todas y cada una de las reuniones que convoque EL CONTRATANTE, siempre que las mismas tengan relación directa o indirecta con el objeto desarrollo y las obligaciones del presente contrato.
12. Las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y objeto del contrato.

TERCERA - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del contratante:

1. Pagar a EL CONTRATISTA, como contraprestación de los servicios prestados, la suma pactada en calidad de honorarios.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

2. Prestar a **EL CONTRATISTA** la colaboración que sea necesaria, poniendo a disposición los medios requeridos por **EL CONTRATISTA** con el fin de cumplir cabalmente el objeto de este.
3. Poner a disposición de **EL CONTRATISTA**, de manera inmediata y precisa, la información y documentación que este considere necesaria para el buen desarrollo del contrato.
4. El contratante deberá facilitar el acceso a sus instalaciones a **EL CONTRATISTA** de ser necesario.

CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es de **TRECE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$13.346.667) M/CTE**, los cuales serán pagados en las siguientes cuotas y meses:

Mes	Valor
Diciembre	\$ 146.667,00
Enero	\$ 2.200.000,00
Febrero	\$ 2.200.000,00
Marzo	\$ 2.200.000,00
Abril	\$ 2.200.000,00
Mayo	\$ 2.200.000,00
Junio	\$ 2.200.000,00
Total Contrato	\$ 13.346.667,00

Dentro de los últimos cinco (5) días calendarios del mes a cobrar **EL CONTRATISTA** deberá presentar con su cuenta de cobro los siguientes documentos: a). Un informe detallado de las actividades desarrolladas en cumplimiento del contrato. b). Planilla de pago de Seguridad Social (Salud, Pensión y ARL riesgo l) del mes correspondiente y para la cancelación del último pago deberá responder por todo el material no fungible que se lo hizo entrega para el desarrollo de las actividades y el fungible sobrante. **PARÁGRAFO 1°:** Radicado el informe de ejecución, el **CONTRATANTE** contará con un término de **tres (3)** días calendarios para realizar las observaciones a las que tenga lugar para que en el menor tiempo posible **EL CONTRATISTA** subsane su informe y se proceda a realizar el pago correspondiente; si transcurrido el termino anteriormente señalado, no existe manifestación por parte del **CONTRATANTE** la cuenta de cobro se entenderá aceptada a entera satisfacción de las actividades realizadas durante el mes de ejecución. **PARÁGRAFO 2°.** El valor del contrato se pacta por el sistema de precio unitario sin formula de reajustes, por consiguiente, su valor comprende y remunera la totalidad de las actividades y/o suministros que sean necesarios para su ejecución, de conformidad con lo pactado e incluye los costos directos e indirectos relacionados con aquella.

QUINTA. TERMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO. El plazo para la ejecución del presente contrato se establece a partir del treinta (30) de diciembre de 2024 hasta el treinta (30) de Junio del 2025. Cualquier modificación o prorroga que se quiere hacer del plazo aquí establecido deberá ser



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

acordado por las partes y constar por escrito. **PARÁGRAFO:** No obstante, el plazo aquí estipulado, en el evento que por parte de EL CONTRATISTA se presente incumplimiento de cualquiera de las obligaciones u objeto del contrato por causas imputables a este, EL CONTRATANTE podrá dar por terminado el presente contrato de manera inmediata, sin lugar a indemnización alguna.

SEXTA. LUGAR Y FORMA DE LA EJECUCIÓN. EL CONTRATISTA se obliga a prestar sus servicios personales, en la sede administrativa y/o sucursal de la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, así como en los departamentos, municipios y lugares en donde se ejecute el contrato de aporte, teniendo en cuenta las actividades programadas para la modalidad. **PARÁGRAFO 1º.** EL CONTRATANTE de acuerdo a sus necesidades, podrá cambiar y ajustar los horarios de las actividades cuando lo estime conveniente informando con antelación sobre dicho cambio al CONTRATISTA. **PARÁGRAFO 2º.** EL CONTRATISTA presentará con la firma del contrato y por escrito su disponibilidad de tiempo y el horario que éste dispone para la ejecución de las actividades propias del contrato, dejando claro que dicho horario es aportado por el mismo CONTRATISTA y éste no genera ningún tipo de subordinación.

SÉPTIMA. SEGURIDAD SOCIAL. A la firma del presente contrato EL CONTRATISTA, por su cuenta y riesgo debe estar afiliado a un fondo de pensiones obligatorias, a una EPS, y a una ARL de su elección como trabajador independiente. **PARÁGRAFO 1º:** EL CONTRATISTA se obliga a presentar mes a mes la correspondiente planilla integrada de liquidación de aportes debidamente pagada. **PARÁGRAFO 2º:** En caso de incumplimiento a su deber de pago al sistema Integrado de Seguridad Social o de comprobarse cualquier hecho de fraude o falsedad en los soportes que presente, se dará por terminado el contrato asumiendo la responsabilidad EL CONTRATISTA de las sanciones y repercusiones legales a las que éste hecho diera lugar.

OCTAVA. HABEAS DATA: En aplicación de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que regulen el habeas data, el contratista autoriza de manera voluntaria, previa, explícita e informada a través de este clausulado al contratante, quien conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar los datos personales que suministre con ocasión de esta relación contractual y los cuales serán usados para los fines relacionados con su objeto social y en especial para los fines legales, contractuales o comerciales que se requieran. Así mismo, el contratista autoriza realizar los estudios de seguridad, visita domiciliaria, u consulta a centrales de riesgo durante la vigencia del presente contrato con el fin de mantener el proceso de seguridad con la Fundación.

NOVENA - INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía, y no estará sometido a subordinación laboral con el CONTRATANTE, y sus derechos se limitarán a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATO y el pago de los honorarios pactados en el presente contrato. **PARÁGRAFO:** Por motivos de seguridad y de acuerdo al sitio donde se ejecute el presente contrato se entrega identificación CONTRATISTA, en su calidad de prestador de servicios, documento que para ningún efecto constituirá reconocimiento de vínculo laboral alguno para con el CONTRATANTE, ni tampoco subordinación.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

DÉCIMA. DERECHOS PATRIMONIALES Y DERECHOS DE EXPLOTACION: Se entiende que, en virtud del presente contrato opera la cesión en forma exclusiva, de los derechos patrimoniales o de explotación de los resultados que se generen en la ejecución del mismo, de una manera total y sin limitación alguna por todo el tiempo de protección legal del derecho de autor o de la propiedad industrial, con alcance mundial. Se respetará el derecho moral de autor o inventor y demás titulares de derechos conforme a la normatividad colombiana vigente. En virtud de lo anterior, EL CONTRATANTE adquiere los derechos exclusivos de uso, reproducción, fabricación, adaptación, explotación, transformación, distribución, comercialización, traducción, disposición, exportación, edición, comunicación pública y en general cualquier derecho o forma de explotación o uso de los resultados por cualquier medio, sin que por ello haya lugar a pago alguno a favor de EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO 1º.** EL CONTRATANTE podrá utilizar los resultados parciales y los productos resultantes de la ejecución del contrato, para adaptarlos e incluirlos en cualquier clase de producto que considere necesario. **PARÁGRAFO 2º.** EL CONTRATISTA declara que para la ejecución del presente contrato respetará los derechos de propiedad intelectual de terceros o de EL CONTRATANTE, manteniendo en todo caso indemne a éste ante futuras reclamaciones.

DÉCIMA PRIMERA - CLÁUSULA PENAL: En caso de incumplimiento de las obligaciones derivadas de este contrato por parte del CONTRATISTA por causas imputables a este, dará derecho al CONTRATANTE a exigirle el pago de una suma equivalente al veinte (20%) del valor total del contrato a título de pena, sin que esta extinga la obligación de cumplir con el objeto del contrato y sin que implique renuncia por parte del CONTRATANTE de reclamar los demás perjuicios que con el incumplimiento se le causaren.

DÉCIMA SEGUNDA - CESIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente el presente contrato, salvo autorización previa y expresa del CONTRATANTE.

DÉCIMA TERCERA - COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD: Queda entendido que la información y/o documentos que el CONTRATANTE entregue a EL CONTRATISTA son confidenciales y su uso se limita al objeto de este contrato, comprometiéndose éste a utilizarlos única y exclusivamente en el desarrollo del contrato sin darlos a conocer a terceros ajenos a EL CONTRATANTE, respondiendo por los perjuicios que llegare a ocasionar con el uso indebido que se le dé a la información suministrada. En consecuencia, EL CONTRATISTA adquiere el compromiso de tomar todas las precauciones necesarias para garantizar la confidencialidad del material e información al que tenga acceso. Para asegurar el cumplimiento de este compromiso, EL CONTRATISTA se compromete a devolver de inmediato todos los documentos que el CONTRATANTE le haya facilitado para la prestación de sus servicios, en la medida en que su consulta ya no resulte necesaria en el desarrollo del objeto aquí convenido.

DÉCIMA CUARTA - TERMINACIÓN: El presente contrato podrá terminar por alguno de los siguientes eventos: a) vencimiento del plazo sin que las partes, por mutuo acuerdo y por escrito, manifiesten su intención de prorrogarlo; b) decisión unilateral de EL CONTRATANTE; c) por mutuo acuerdo entre las



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

partes, lo cual deberá constar en acta de terminación; d) por incumplimiento de EL CONTRATISTA de alguna de las obligaciones por causas imputables a este. e) Por inhabilidad sobreviniente del contratista.

DÉCIMA QUINTA - DOMICILIO CONTRACTUAL: Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Neiva - Huila.

DÉCIMA SEXTA - MODIFICACIONES: Cualquier modificación a los términos y condiciones del presente contrato deberá ser acordada entre las partes y requerirá de un "otro" firmado por ellas.

DÉCIMA SÉPTIMA - EFECTOS JURÍDICOS: El presente contrato reemplazará en su integridad y deja sin efecto alguno, cualquier otro acuerdo verbal o escrito celebrado con anterioridad entre las partes sobre el mismo objeto.

DÉCIMA OCTAVA - PERFECCIONAMIENTO: El Contrato se entenderá perfeccionado por la suscripción del mismo por las partes.

De conformidad con lo anterior, se suscribe el presente contrato en dos ejemplares del mismo tenor, en Neiva - Huila, a los 30 días del mes de diciembre del año 2024. *g*

EL CONTRATANTE

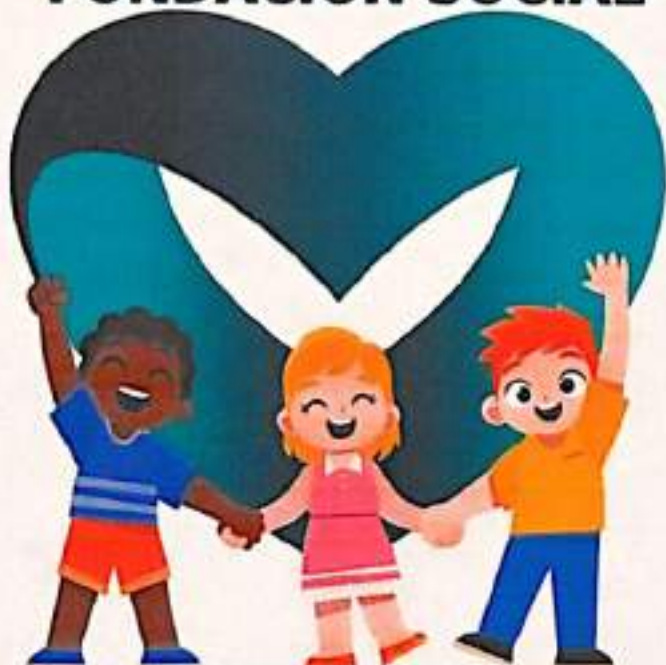

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
CC. No. 36.347.141 de Campoalegre (H)
R.L Fundación Social Yo te Cuido.

EL CONTRATISTA


CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
CC. No. 1.077.876.357 de Garzón (H)

CERTIFICADO BANCARIO

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,077,876,357 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 385002644 abierta el 30 de octubre de 2024 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 30 de octubre de 2024.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0385002644
Cuenta de 16 dígitos:	0385000200002644
Cuenta de 20 dígitos:	00130385000200002644

Firma autógrafa



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

INDUCCIÓN INICIAL Y RE INDUCCIÓN





INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO modalidad Hogar Sustituto.

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL PROFESIONAL Paola Andres Marin Gonzales
CARGO Coordinadora
PROCESO Inducción

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL CONTRATISTA Carlos Andres Cuenca Rojas
CARGO GESTOR DE CASO
PROCESO Inducción
TIPO DE CONTRATO Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestación de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo ☐ Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐
☒ Nuevo contrato para el mismo cargo o cargo diferente

Duración de la inducción: 4 Horas

Fecha: 30 de diciembre 2025

ITEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cisco (S) después de haber recibido la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementación y cualificación	Jornada de inducción presencial en la cual se lleva a cabo proceso de socialización de la información relacionada con la atención en la modalidad Hogar sustituto.	X	
2	Lineamientos, manuales operativos y guías del ICBF, frente al proceso de atención de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto	Este proceso se realiza debido al contrato por prestación de servicios y fortalecimiento de saber a fin de cualificar el proceso de atención de los niños, niñas y adolescentes.	X	
3	manual de funciones		X	
4	cronogramas de actividades		X	
5	codigo etico		X	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		X	
7	trabajo en equipo, buen trato		X	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Recibió inducción general?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas?	SI ☒	NO ☐	NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo?	SI ☒	NO ☐	NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

Quien recibe la inducción

CUENTA DE COBRO, INFORMES DE OBLIGACIONES Y PLANILLA DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	ID	Razon Social	Categoría Aportante	Subcategoría Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA e ICBF
SE APORTANTE		CLINICA ROJAS CARLOS ANTONIO	INDEPENDIENTE	PROVIDA	via 1 # 4325	BOLEN DE LOS ANGELES-CAQUETA	01999999999	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Servicio		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Remesa	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Salud	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	4000000	4000000	1	2024-10-10	2024-10-10	BANCO DE COLOMBIA	0	1400000

LIQUIDACIÓN DE TALLERES DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Remesa	Clave	Planilla	Salud	CCF	Riesgos	Parafiscales	Planilla	Salud	CCF	Riesgos	Parafiscales	Planilla	Salud	CCF	Riesgos	Parafiscales	Planilla	Salud	CCF	Riesgos	Parafiscales
Cuenta de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)				\$1,393,434	\$220,000	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200
Cuenta de Trabajo DE LOS ANGELES DEPTO CAQUETA (1 Afiliados)				\$1,393,434	\$220,000	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200
Total Afiliados (1)				\$1,393,434	\$220,000	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200	\$0	\$0	\$1,393,434	\$174,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Nº	Base Social	Categoría Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonchado SENA a CCF
07716127		CUSCÁ REYES CARLOS ANDRÉS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ca 1 B # 3 25	BOLEÍN DE LOS ANDES/CAQUETA	3103451704	Nº

DATOS GENERALES DE LA CUOTIZACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días/Hora	Valor
410	2019-11	24011475	447114451	1	2024-12-11	2024-12-11	banco de occidente	0	\$512.100

RESUMEN DE TALLADO DE APORTES

EMPLEADO																							PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
Identificación		Nombre	Código		Días	ISC	Aporte		Código		Días	ISC	Aporte		Código		Días	ISC	Aporte		Código		Días	ISC	Aporte		Código		Días	ISC	Aporte											
07716127		CUSCÁ REYES CARLOS ANDRÉS	24011475		30	\$1.300.000	\$258.000		07716127		30	\$1.300.000	\$258.000		07716127		30	\$1.300.000	\$258.000		07716127		30	\$1.300.000	\$258.000		07716127		30	\$1.300.000	\$258.000											
Total Trabajador PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1.300.000	\$258.000		\$1.300.000						\$258.000		\$1.300.000						\$258.000		\$1.300.000						\$258.000											
afiliados de LÍNEA ANDQUISRE Empleo: CAJETA (1 Afiliado)						\$1.300.000	\$258.000		\$1.300.000						\$258.000		\$1.300.000						\$258.000		\$1.300.000						\$258.000											
07716127		CUSCÁ REYES CARLOS ANDRÉS	24011475		30	\$1.300.000	\$258.000		07716127		30	\$1.300.000	\$258.000		07716127		30	\$1.300.000	\$258.000		07716127		30	\$1.300.000	\$258.000		07716127		30	\$1.300.000	\$258.000											
Total Afiliados(1)						\$1.300.000	\$258.000		\$1.300.000						\$258.000		\$1.300.000						\$258.000		\$1.300.000						\$258.000											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Id	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE o ICERP
0010771927		COMERCIAL ALABARCA S.A. DE C.V.	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CA 1 E # 113	BOHIO DE LOS ANDES, CAQUETÁ	3104801010	No

PLANOS GENERALES DE LA INSITUACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Person	Sesio	Paga	Planilla	Pertene	Limite	Pago	Sesio	Dias Mora	Valor
2006-10	2006-10	afectado	afectado	1	2006-10-31	2006-11-01	Saldo de ejercicio	0	0.00

FUNDACION DE LA LIGA DE APORTES

[illegible]

DATING COAGULUM DEL SPONTANEO

Identificación	Ofi	Barrio Social	Clase Apartado	Número Principal	Dirección	Estado/Departamento	Teléfono	Comentarios SEMA e ICBF
01-1111111-1		EDIFICIO POLIO CARLOS VARELA	INDICE-EDIFICIO	PRINCIPAL	Calle 16 # 1-24	EDUCACIÓN ANDALUZA-CAJALUTA	011-2310104	log

NOTES GÉNÉRALES DE LA LIBRAIRIE

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Salud	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	67421548	667421548	1	2024-12-31	2024-12-31	667421548	0	2024-12-31

RESUMEN DE PACO

RIESGO	CODIGO	NET	DN	APELIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORSA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS): 1)				1	\$108.000	50	50	\$108.000
COLFENHOJET	25-14	900.336.004	7	1	\$108.000	50	50	\$108.000
ARL (ADMINISTRADORAS): 1)				1	\$6.800	50	50	\$6.800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	850.061.153	6	1	\$6.800	50	50	\$6.800
EPS (ADMINISTRADORAS): 1)				1	\$162.500	50	50	\$162.500
NUOVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900.156.264	3	1	\$162.500	50	50	\$162.500
TOTAL				1	\$377.300	50	50	\$377.300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razón Social	Categoría Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad Departamento	Teléfono	Convenio SENIA e IESS
CC REPENDET.		CUENCA ROLLO CARLOS ARENAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ave 1847 J 23	SELEN DE LOS ANDES-CAQUETA	310163706	No

DATOS GENERALES DE LA LEY CUADRAM

Periodo		Cuota		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Inicio	Pago	Salud	Días mora	Valor
2025-01	2025-01	01/01/25	04/01/25	1	2025-02/24	2025-02/23	EMPLEADO CUADRAM	8	\$412,200

LEY CUADRAM DETALLE DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Resumen Resumido (12 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$0	\$0			\$1,423,500	\$2,500			\$0	\$0	
Centro de Trabajo PRINCIPAL (8 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$0	\$0			\$1,423,500	\$2,500			\$0	\$0	
Centro PRIN DE LOS ANDES-CAQUETA (4 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$0	\$0			\$1,423,500	\$2,500			\$0	\$0	
1	01	REPENDET	CUEVA CARLOS	2025-01	\$1,423,500	\$227,800	01/01	2025-02	\$1,423,500	\$227,800	01/01	2025-02	\$0	\$0	14/25	30	\$1,423,500	\$2,500	01/01	2025-02	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$0	\$0			\$1,423,500	\$2,500			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Sexo	Razon Social	Categoría Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exoneración SINIA e ICF
07064007		QUECA ROSA CARLOS JIMENEZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carretera # 223	BOLEEN DE LOS ANDES-CAJICUTA	0102430704	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clase		Tipo		Fecha		Pago	
Desde	Hasta	Pago	Planilla	Planilla	Clase	Pago	Clase	Días Paga	Valor
01/01/2023	31/12/2023	04012023	04012023	0	0001-01/04	00012023	04012023	0	\$411,100

DETALLE DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
Identificación		Nombre	Código	Días	ISC	Aporte	Código	Días	ISC	Aporte	Código	Días	ISC	Aporte	Código	Días	ISC	Aporte	Días	ISC	Aporte		
Total Afiliados(1)					\$1,411,100	\$127,900			\$1,411,100	\$127,900			\$0	\$0			\$1,411,100	\$127,900			\$0	\$0	
Imp de Trabajo PRECISAR (0.875000)					\$1,411,100	\$127,900			\$1,411,100	\$127,900			\$0	\$0			\$1,411,100	\$127,900	\$0	\$0	\$0	\$0	
ap. MUNICI DE LOS ANGELES Depto INQUETRA (1 día)					\$1,411,100	\$127,900			\$1,411,100	\$127,900			\$0	\$0			\$1,411,100	\$127,900	\$0	\$0	\$0	\$0	
SE. GUBERNAT. VERACRUZ CARLOS JIMENEZ				0706	30	\$1,411,100	\$127,900	0706	30	\$1,411,100	\$127,900	0	0	\$0	\$0	0706	30	\$1,411,100	\$127,900	0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,411,100	\$127,900			\$1,411,100	\$127,900			\$0	\$0			\$1,411,100	\$127,900	\$0	\$0	\$0	\$0	

	FORMATO DE INFORME DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES	FECHA DE APROBACION	01/04/2024
		Versión 1 FSYTC-091- 01/04/2024	Página 1 de 6

CUENTA DE COBRO 001

LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DEBE A:

CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
CC: 1.077.876.357 de Garzón Huila

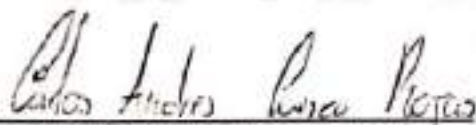
LA SUMA DE: \$ 2.200.000

EN LETRAS: DOS MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE:

PRESTACION DE SERVICIOS COMO **GESTOR DE CASO** EN LA MODALIDAD DE HOGAR SUSTITUTO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DURANTE LOS DIAS DEL 1 AL 31 DEL MES DE MARZO DEL 2025.

Para constancia se firma en Garzón Huila a los treinta (31) días del mes de MARZO 2025

FIRMA: 
NOMBRE: CARLOS ANDRES CUENCA ROJAS
CC: 1.077.876.357 de Garzón Huila

	FORMATO DE INFORME DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES	FECHA DE APROBACION	01/04/2024
		Versión 1 FSYTC-090- 01/04/2024	Página 2 de 3

niños, niñas, adolescentes, sus familias, o redes vinculares de apoyo en el desarrollo del proceso de atención propuestas en la PIYC).

8. Liderar y apoyar los procesos de egreso progresivo cuando haya lugar a ello.

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1. Articular y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para la implementación de técnicas del método de administración de casos: análisis de caso, reunión de caso, conferencias de casos.	En el presente mes se realizó estudio de caso con los usuarios ubicados en la comisaria de familia del pital por la doctora Herminia Alvarado el 21 de MARZO
2. Apoyar técnicamente en la calidad del diligenciamiento de las herramientas de monitoreo y evaluación por parte del equipo de profesionales de la modalidad.	Se realizó con el equipo psicosocial la debida recomendación frente a las distintas herramientas de monitoreo, de esta misma forma se dirigió y se envió los debidos planes caso y seguimientos correspondientes al mes de MARZO
3. Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr el abordaje de cada uno de los niveles de atención en cada caso.	Se realizó el debido seguimiento frente a las acciones planteadas por parte del equipo de psicosocial para el proceso de atención de cada usuario.
4. Promover espacios de formación en el método de administración de casos y manejo de herramientas de monitoreo y evaluación al equipo de profesionales de la modalidad en conjunto con el coordinador de la modalidad.	Se fortalecieron los conocimientos por parte del equipo psicosocial frente a las distintas herramientas de monitoreo como el debido diligenciamiento de la evaluación integradora, plan de caso y seguimiento al plan de caso las cuales corresponde al mes de MARZO
5. Brindar asesoría técnica y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para lograr la macro - gestión en cada caso	Se solicitó por medio de correo electrónicos la gestión con algunas entidades para lograr garantía de los procesos PARD específicos, en especial a los usuarios quienes ingresaron en el mes de marzo.
6. Articular con el equipo de profesionales de la modalidad la gestión de las acciones de interacción permanente con las Autoridades Administrativas, equipos interdisciplinarios de Defensoría o Comisaria de Familia, Entidades del Sistema	Se realizó mediante correos electrónicos a las respectivas entidades administrativas junto al equipo interdisciplinario solicitud de apoyo en estudio de casos, autorizaciones de traslado y

	COMISARIA DE FAMILIA	Código	CF - 211
	ALCALDIA MUNICIPAL	Fecha Documento	13/3/2025
	NIT.891180139-9	Fecha versión MECI	30/09/2009
		Versión	1
		Página	1 de 1
COPIA CONTROLADA			

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 Lucía 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 Luc triana casas50@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 miseria, 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.



Carrera 4 Nro. 5 – 48/ Telefax (098) 8322006
E-mail: comisariadefamilia@elagrado-huila.gov.co

	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 ADMINISTRATIVO - 8) Cumplir con las acciones establecidas en la Guía técnica para la metrología aplicable a los programas de los procesos misionales 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, 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 la fundación cuenta con los equipos metrológicos en cada una de las sedes administrativas ubicadas 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 - coordinadora

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA



1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO González		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ordoñez		NOMBRES Nory Shirley	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1081397052		SEXO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 29 MES 06 AÑO 1987 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 154A 96 40 SUBA PINAR PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. TELÉFONO 3147988239 EMAIL sirley405@hotmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN DESARROLLO INTEGRAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	09	2023	172058
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	05	2017	172058

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4

IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO HUILA			MUNICIPIO LA PLATA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3124564343			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
	Día	01	Mes	07	Año	2024		Día	29	Mes	12	Año	2024				
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA / ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 13 5E 34									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD CORHUELLAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO HUILA			MUNICIPIO LA PLATA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3124841272			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
	Día	01	Mes	06	Año	2023		Día	15	Mes	12	Año	2023				
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ADMI-ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 4 6 75									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD GREADSA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO HUILA			MUNICIPIO LA PLATA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3133540695			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
	Día	22	Mes	10	Año	2022		Día	31	Mes	12	Año	2022				
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAS PROCESOS MISIONALES					DIRECCIÓN CALLE 8 4 81									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD MARIA CANO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA			MUNICIPIO LA PLATA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4025500			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	08	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA Y TUTORA			DEPENDENCIA CENTRO DE TUTORIA VIRTUAL					DIRECCIÓN CALLE 56 41 90						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDESARROLLO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA			MUNICIPIO LA PLATA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8364136			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2022	Día	26	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ADMI-ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 2 5 33						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SOCIAL AMOR Y VIDA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA			MUNICIPIO LA PLATA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8717720			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	24	Mes	02	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ADMI-ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 8 10 24						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SOCIAL AMOR Y VIDA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA			MUNICIPIO LA PLATA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8713720			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	22	Mes	02	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ADMINISTRACION - ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 8 10 24 CALLE 8 # 10-24						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL SERVICIO SOCIAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA			MUNICIPIO LA PLATA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8768034			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	24	Mes	01	Año	2019	Día	30	Mes	09	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ADMINISTRACION Y ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 57 1C 14 CALLE 57 # 1C-14						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL SERVICIO SOCIAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA			MUNICIPIO LA PLATA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 8768034			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	23	Mes	01	Año	2018	Día	30	Mes	11	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOLOGICO					DIRECCIÓN CALLE 57 1C 14 CALLE 57 # 1C-14					

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS					
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN					

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

SHIRLEY GONZALEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Nory Shirley Gonzalez Ordoñez

C.C. No. 1.081.397.052

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Psicóloga

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Administración

Rector General

Rector U.D.

Secretario General

Documento emitido en virtud del
Decreto 1073 de 2015, expedido por el
Ministerio de Educación Nacional

República de Colombia

Acta No. 001 del Libro de Registro No. 001
Chiclaya, 11 de Mayo de 2017
No. 56714



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 048

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

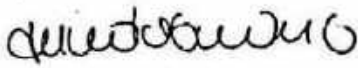
Que en la ciudad de Chinchiná, del departamento de Caldas; el día once (11) de Mayo de dos mil diecisiete (2017), la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Psicóloga** a **Nory Shirley Gonzales Ordoñez** con cédula de ciudadanía No. 1.081.397.052 quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No 56713 que la acredita como tal, registrado en el Folio 265 del Libro No. 007 de Registro de Títulos expedidos por la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**.

La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES 91141 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Chinchiná del departamento de Caldas; el día once (11) de Mayo de dos mil diecisiete (2017).


Alvaro Campo Cabal
Rector UVD




Linda Lucia Guarín Gutiérrez
Secretaria General

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verifique con SecureDoc

La República de Colombia y en su nombre



IBERO

Planeta Formación y Universidades

Personería Jurídica No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

Nery Shirley Gonzalez Ordoñez

C.C. 1081397052 de La Plata

Aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió con los
requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, le confiere el título de:

*Especialista en Desarrollo Integral
de la Infancia y la Adolescencia*

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita

Bogotá D.C., 18 de septiembre de 2023

Rector

Secretario General

35633

Registrado en el folio 6942-1 Reg. 34118 del libro de Diplomas No. 28, Bogotá D.C. 18 de septiembre de 2023



Xertify

Código: C21AD8FFA002

Verificar

La República de Colombia y en su nombre



Personería Jurídica No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

ACTA DE GRADO 375 / 2023

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los dieciocho (18) días del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023), el Rector de la Corporación Universitaria Iberoamericana hizo entrega a:

Nory Shirley Gonzalez Ordoñez

C.C. 1081397052 de La Plata

Del título de:

**Especialista en Desarrollo Integral
de la Infancia y la Adolescencia**

Al manifestar cumplirlo y previa autorización del Consejo Superior, se le hizo entrega del diploma que lo acredita como Especialista, debidamente refrendado con el sello de la Institución y las firmas respectivas.

En fe de lo anterior, se firma la presente Acta.

Secretaria General

35633



	Formato de carta u oficio	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-0 - 01/08/2022	Página 1 de 2

La Plata (H), 30 de diciembre del 2024

LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO Nit. 901.496.702-9

FUNDACION SOCIAL

CERTIFICA

Que el señor(a) **NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ** identificada con CC.1.081.397.052, laboro con nosotros como Psicóloga de la modalidad Hogar sustituto en el en departamento del Huila , desde 01 de julio del 2024 hasta el 29 de diciembre del año 2024, bajo un contrato por prestación de servicios, desempeñando las siguientes funciones:

1. Realizar las valoraciones, seguimientos, intervención, diagnóstico, acompañamiento psicológico y apoyo al desarrollo del Plan de Caso y el proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello asegurando el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
2. Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos. En lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, participar en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la fundación.
3. Brindar atención integral como profesional de psicología, para la protección inmediata a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad Hogar Sustituto.
4. Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial en psicología, evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
5. Realizar informes psicológicos a cada niño, niña o adolescente ubicado en la modalidad hogar sustituto, evaluando y analizando el estado emocional y psicológico del Niño, Niña o Adolescente.
6. Valorar en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, un examen mental, la apariencia, porte y actitud, la atención, la orientación, la conciencia, la sensopercepción, la memoria afectividad, el área cognitiva, adaptativa, el área sensorio y motriz, el área del lenguaje, social y académica y su plan de atención.
7. Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
8. Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

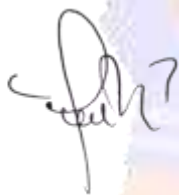
Cel. 3206193497

	Formato de carta u oficio	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-0 - 01/08/2022	Página 1 de 2

9. Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad hogar sustituto
10. Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
11. Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
12. Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contempladas en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos
13. Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
14. Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

Para constancia se firma a solicitud del interesado, el día 30 de diciembre del año 2024.

Atentamente,



PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ
COORDINADORA

**LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN HUELLAS DE
AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS**

CERTIFICA

Que la señora **NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ** identificada con cédula de ciudadanía número **1081397052**, estuvo vinculada mediante contrato de prestación de servicios como **PROFESIONAL PSICOSOCIAL** en la modalidad Centro de Desarrollo Infantil - CDI en el marco de la política pública de atención integral a la primera infancia en el municipio de La Plata - Huila, con el objetivo de potenciar el desarrollo integral de niñas y niños de primera infancia a través de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con estrategias pertinentes, oportunas y de calidad para el goce efectivo de los derechos; de conformidad con los lineamientos, el manual operativo, las directrices, parámetros y estándares establecidos por el ICBF; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL SERVICIO	CALIDAD DEL SERVICIO	ESTADO DEL CONTRATO
Desde el 01 de junio de 2023, hasta el 15 de diciembre de 2023.	Persona proactiva, creativa, responsable, de buenas relaciones interpersonales, habilidad de liderazgo, capacidad para trabajar en equipo, dispuesta a asumir nuevos retos y responsabilidades. Habilidad de comunicación y capacidad de adaptación al cambio.	Terminado

Se expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los veintidós (22) días del mes de diciembre de 2023.



LUZ ANGELA URBANO ONATRA
REPRESENTANTE LEGAL

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Por medio de la presente se certifica que **GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY**, identificado(a) con cedula de ciudadanía número **1081397052** fue Afiliado(a) Partícipe del GREMIO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE LA SALUD "GREADSA".

Del 22 de octubre del 2022 hasta el 31 Diciembre del 2022, COMO **PSICÓLOGA**; el (la) Afiliado(a) tuvo un convenio de ejecución permanente que se asimila al contrato a término fijo, realizó sus actividades en el área PIC Departamental para la E.S.E Santa Rosa de Lima del municipio de Paicol Huila.

Certificado expedido a solicitud verbal del (la) interesado(a) a los 06 días del mes de Febrero de 2023.

Atentamente,

LUBIN ARLEY HERNANDEZ

Representante Legal

C.C 79.795.689 De Bogotá D.C

**LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA DE
LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO**

CERTIFICA QUE:

NORY SHIRLEY GONZÁLES ORDOÑEZ, identificada con cédula de ciudadanía No 1.081.397.052 de La Plata, prestó sus servicios profesionales como Tutora Regional Huila- Centro Zonal La Plata del proyecto ICBF, desde el 18 de agosto del 2022, hasta el 30 de noviembre del 2022, valor total del contrato, **SEIS MILLONES DE PESOS M.L (\$6.000.000)**.

Actividades:

- 1) Planear y desarrollar 120 horas en el marco del diplomado en AIEPI, realizando tanto las actividades de formación, como de acompañamiento directo y sistematización del proceso de su grupo de participantes.
- 2) Asistir a las mesas técnicas y reuniones de seguimiento programadas.
- 3) Presentar los soportes de pago de seguridad social correspondiente en las fechas estipuladas.
- 4) Orientar módulos 1,2,3,4,5,6 y 7.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los trece (13) días del mes de enero del 2023.



FREDDY ANDRÉS ESPAÑA PULIDO

Director de Gestión Humana

	Fundación para El Progreso y Desarrollo Social	Código: FD – CL – 09
	FUNDESARROLLO	
	PROCESO: GESTIÓN DE TALENTO HUMANO PROCEDIMIENTO: CERTIFICACION LABORAL	Fecha: marzo 2017 Página 1 de 1

Fundación para El Progreso y Desarrollo Social

FUNDESARROLLO

Nit: 813007459 – 8

PT-FD-C-22-206

CERTIFICAMOS

Que, **NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ**, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.081.397.052 La Plata; presta sus servicios a la Fundación a través de contratos de prestación de servicio de la siguiente manera:

CONTRATO	OBJETO	TIEMPO DE EJECUCIÓN	ESTADO
N° 182 AÑO 2021	Prestó los servicios como "PROFESIONAL DE ACOMPANIAMIENTO FAMILIAR URBANO" en el marco del desarrollo de la modalidad MI FAMILIA programa del ICBF	Del 01 de marzo de 2022 al 26 de julio de 2022.	TERMINADO

Se expide a solicitud del interesado (a) en la ciudad de Pitalito-Huila como soporte a hoja de vida a los (26) días del mes de julio de 2022.

Atentamente,


 Esp. **REINALDO RUBIANO PEPICANO**
 Representante Legal

Elabora: DAYANA SIQUENTES SERRATO Cargo: ASISTENTE ADMINISTRATIVO	Elabora: YEIMY ROCIO BONILLA CASANOVA Cargo: GERENTE DE OPERACIONES
Firma: 	Firma: 



FUNDACIÓN SOCIAL AMOR Y VIDA

NIT 813-013-497-2

LA SUSCRITA LÍDER DE TALENTO HUMANO DE LA FUNDACIÓN SOCIAL AMOR Y VIDA

NIT: 813.013.497-2

CERTIFICA:

Que el señor(a), **NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. C.C. **1.081.397.052**, laboro con nuestra Fundación desempeñándose como **PROFESIONAL DE APOYO PSICOSOCIAL**, para la política de **CERO A SIEMPRE** en la **ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios profesionales en los periodos comprendidos de la siguiente manera:

- Desde el veinticuatro (24) de febrero del 2021, al treinta y uno (31) de diciembre del 2021.

La presente certificación se expide a solicitud de la persona interesada; dada en Neiva – Huila, a los (07) días del mes de febrero del dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

Líder de talento Humano.

CL: 3213640666

Fundación Social Amor Y Vida.

Calle 8 No. 10-24 Barrio Altico - Teléfono: 871 37 20 – Ext. 113
E-mail: fundacionsocialamoryvida@gmail.com - Neiva-Huila

Trabajamos con el corazón





FUNDACIÓN SOCIAL AMOR Y VIDA

NIT 813-013-497-2

LA SUSCRITA LÍDER DE TALENTO HUMANO DE LA FUNDACIÓN SOCIAL AMOR Y VIDA NIT: 813.013.497-2

CERTIFICA:

Que la señora, **NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. C.C. **1.081.397.052**, prestó sus servicios con nuestra fundación desempeñándose como **APOYO PSICOSOCIAL** para la política de **CERO A SIEMPRE** en la **ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA**, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios profesionales durante el periodo laborado comprendido de la siguiente manera:

- Desde el veintidós (22) de febrero al treinta y uno (31) de diciembre del 2020.

Objeto del contrato:

Consiste en la prestación del servicio como **PROFESIONAL DE APOYO PSICOSOCIAL**, En el Programa de Atención Integral en la Primera Infancia del Instituto Colombiano De Bienestar Familiar –ICBF, Modalidad Institucional.

Descripción de funciones:

- Apoyar el diseño y aplicación de valoración cualitativa del desarrollo de los niños y niñas.
- Realizar detección temprana de atrasos en el desarrollo y diseño de estrategias de apoyo para trabajar con los niños y sus familias.
- Apoyar el diseño e implementación de proyectos pedagógicos que respondan a una educación inclusiva y pertinente.

Calle 8 No. 10-24 Barrio Altico - Teléfono: 871 37 20 – Ext. 113
E-mail: fundacionsocialamoryvida@gmail.com - Neiva-Huila
Trabajamos con el corazón





FUNDACIÓN SOCIAL AMOR Y VIDA

NIT 813-013-497-2

- Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación del proceso.
- Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades.
- Liderar procesos de trabajo para el mejoramiento permanente de las prácticas pedagógicas con los niños.
- Remitir a las autoridades competentes los casos de maltrato infantil.
- Dar apoyo a los docentes para el diseño de estrategias pedagógicas acordes con la caracterización de los niños, sus familias y entorno comunitario.
- Dar capacitación en detección e intervención de casos de violencia familiar y maltrato.
- Participar en las capacitaciones que cualifiquen la atención en el área de psicosocial y de todos los procesos pedagógicos que apliquen al área.
- Apoyar la construcción y aplicación del plan de formación al talento humano Con las familias.
- Apoyar la construcción y Aplicación el plan de formación de familias.
- Dar apoyo a las familias que lo requieran para fortalecer sus competencias para la educación, crianza y cuidado de los niños y niñas.
- Liderar el proceso de caracterización de las familias de acuerdo a la herramienta entregada por el ICBF para tal fin.
- Dar a conocer a las familias la ruta de atención en procesos pedagógicos, de convivencia y seguridad, así como dar a conocer la ruta de acción en caso de vulneración de los derechos de las niñas y los niños.
- Innovar estrategias permanentes para mantener la motivación, alegría y amor por la institución o modalidad de atención integral.
- Evaluar el estado de pro actividad y motivación de las niñas y niños con la institución, los ambientes educativos, el talento humano y la rutina pedagógica.

Calle 8 No. 10-24 Barrio Altico - Teléfono: 871 37 20 – Ext. 113
E-mail: fundacionsocialamoryvida@gmail.com - Neiva-Huila

Trabajamos con el corazón





FUNDACIÓN SOCIAL AMOR Y VIDA

NIT 813-013-497-2

- Apoyar la construcción y aplicación del plan de formación al talento humano
- Realizar actividades con los padres de familia que permitan fortalecer su rol educativo en el hogar y su conocimiento sobre el marco de derechos fundamentales en la primera infancia.
- Atender los casos críticos donde se vulneran y ponen en riesgo la vida de los niños y las niñas.
- Articulación de las diferentes instituciones para realizar trabajos intersectoriales para desarrollar temas de formación a la familia y la comunidad, prevención, protección y garantía de derechos, crecimiento y desarrollo.
- Para el caso del entorno familiar, realizar las visitas de acompañamiento al hogar, en coordinación con el equipo de la modalidad.
- Acompañar la Implementación del componente pedagógico, en coherencia con las características y derechos del desarrollo de los niños y niñas y el contexto, en procura de un acompañamiento pertinente y eficaz.
- Apoyar la elaboración de informes de evaluación formativa que indiquen los logros alcanzados en la modalidad en términos de desarrollo de competencias.
- Apoyar la elaboración del registro descriptivo como evidencia de las acciones adelantadas, indicando como ha sido el desarrollado de los niños / niñas.
- Conocer y participar en la construcción de la Ruta de Atención Integral con el objeto poder identificar deficiencias o vulneraciones en el desarrollo de los niños, niñas, mujeres gestantes y madres lactantes; así poder verificar y notificar a la coordinación al equipo profesional y a las mismas familias sobre las vulneraciones detectadas.
- Participar en el diseño e implementación de estrategias didácticas para el trabajo con los beneficiarios.
- Asistir a los encuentros educativos, visitas domiciliarias y colaborar en las actividades que le delegue el equipo interdisciplinario al que corresponda.

Calle 8 No. 10-24 Barrio Altico - Teléfono: 871 37 20 – Ext. 113
E-mail: fundacionsocialamoryvida@gmail.com - Neiva-Hulla

Trabajamos con el corazón





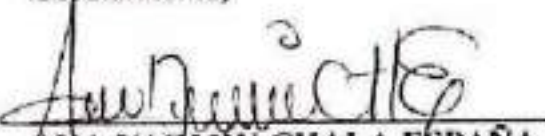
FUNDACIÓN SOCIAL AMOR Y VIDA

NIT 813-013-497-2

- Las visitas domiciliarias deben tener una duración mínima de una (1) hora para garantizar el seguimiento y brindar apoyo, la totalidad de visitas se deben distribuir equitativamente durante el mes en curso.
- Verificar que durante el desarrollo del encuentro pedagógico no permanezca personal fuera de los beneficiarios del programa.
- Retroalimentación desde su experiencia para el fortalecimiento del quehacer pedagógico y la visibilización de experiencias exitosas.
- Acompañar el proceso de formación de acuerdo al plan de formación de familias.
- Apoyar la preparación y elaboración de materiales pedagógicos para los encuentros grupales.

La presente certificación se expide a solicitud de la persona interesada; dada en Neiva – Huila, a los doce (12) días del mes de enero del dos mil veintiuno (2021).

Cordialmente,


ANA YAZMIN CHALA ESPAÑA
Líder Talento Humano
Fundación Social Amor y Vida.

Calle 8 No. 10-24 Barrio Altico - Teléfono: 871 37 20 – Ext. 113
E-mail: fundacionsocialamoryvida@gmail.com - Neiva-Huila

Trabajamos con el corazón



ASOCIACIÓN DE VOLUNTADES PARA EL SERVICIO SOCIAL



CERTIFICACION DE CONTRATACION
C-Nº 137-2019-01

NOMBRE DEL CONTRATANTE: ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL
SERVICIO SOCIAL
NIT: 813.010.867-0

NOMBRE DEL CONTRATISTA NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ
CEDULA No CC.1081.397.052
TIPO DE CONTRATO: Prestación de servicios
CONTRATO: C-Nº 137-2019-01

OBJETO DEL CONTRATO: Desarrollar actividades como **PSICOLOGA** de acuerdo a las especificaciones establecidas en lineamiento técnico del programa de modalidad familiar firmado entre el Instituto Colombiano De Bienestar Familiar ICBF REGIONAL HUILA Y LA ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL SERVICIO SOCIAL AVOSS

FECHA INICIO: Enero 24 de 2019

FECHA TERMINACION: Abril 30 de 2019

VALOR DEVENGADO: Un millón ochocientos dieciocho mil doscientos cuarenta y tres pesos (\$1.818.243) m/cte. Mensual.

CALIDAD DEL SERVICIO: Satisfactorio.

Neiva, 30 de Agosto 2019


MARIA LEYDITH CUÉLLAR DE FAJARDO
CC 36.148.068 de Neiva.
Representante legal

Calle 57 N°1C-14 Tel. 8768034-Fax 8650264

www.avosscolombia.com

Neiva-Hulla-Colombia



ASOCIACIÓN DE VOLUNTADES PARA EL SERVICIO SOCIAL

CERTIFICACION DE CONTRATACION
C-N° 137-2019-01



NOMBRE DEL CONTRATANTE: ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL
NIT: SERVICIO SOCIAL
813.010.867-0

NOMBRE DEL CONTRATISTA: NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ
CEDULA No: CC.1081.307.052
TIPO DE CONTRATO: Prestación de servicios
CONTRATO: C-N° 137-2019-01

OBJETO DEL CONTRATO: Desarrollar actividades como **PSICOLOGA** de acuerdo a las especificaciones establecidas en lineamiento técnico del programa de modalidad familiar firmado entre el Instituto Colombiano De Bienestar Familiar ICBF REGIONAL HUILA Y LA ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL SERVICIO SOCIAL AVOSS

FECHA INICIO: Mayo 1 de 2019

FECHA TERMINACION: Julio 30 de 2019

VALOR DEVENGADO: Un millón ochocientos dieciocho mil doscientos cuarenta y tres pesos (\$1.818.243) m/cle. Mensual.

CALIDAD DEL SERVICIO: Satisfactorio.

Neiva, 30 de Agosto 2019


MARIA LEYDITH CUELLAR DE FAJARDO
CC 36.148.068 de Neiva.
Representante legal

Calle 57 N°1C-14 Tel. 8768034-Fax 8650264
www.avosscolombia.com
Neiva-Huila-Colombia



ASOCIACIÓN DE VOLUNTADES PARA EL SERVICIO SOCIAL

CERTIFICACION DE CONTRATACION
C-Nº 137-2019-01



NOMBRE DEL CONTRATANTE: ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL
SERVICIO SOCIAL
NIT: 813.010.867-0

NOMBRE DEL CONTRATISTA MORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ
CEDULA No CC.1081.397.052
TIPO DE CONTRATO: Prestación de servicios
CONTRATO: C-Nº 137-2019-01

OBJETO DEL CONTRATO: Desarrollar actividades como **PSICOLOGA** de acuerdo a las especificaciones establecidas en lineamiento técnico del programa de modalidad familiar firmado entre el Instituto Colombiano De Bienestar Familiar ICBF REGIONAL HUILA Y LA ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL SERVICIO SOCIAL AVOSS

FECHA INICIO: Agosto 1 de 2019

FECHA TERMINACION: Septiembre 30 de 2019

VALOR DEVENGADO: Un millón ochocientos dieciocho mil doscientos cuarenta y tres pesos (\$1.818.243) m/cda. Mensual.

CALIDAD DEL SERVICIO: Satisfactorio.

Neiva, 30 de Agosto 2019


MARIA LEYDITH CUELLAR DE FAJARDO
CC 36.148.068 de Neiva,
Representante legal

Calle 57 N°1C-14 Tel. 8768034-Fax 8650264
www.avosscolombia.com
Neiva-Huila-Colombia



CERTIFICACION DE CONTRATACION
C-N° 500-2018-02

NOMBRE DEL CONTRATANTE: ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL
SERVICIO SOCIAL
NIT: 813.010.867-0

NOMBRE DEL CONTRATISTA NORY SHIRLEY GONZALEZ ODOÑEZ
CEDULA No 1081.397.052
TIPO DE CONTRATO: Prestación De Servicios
CONTRATO: C-N° 500-2018-02

OBJETO DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA se obliga para con el
contratante de manera independiente, sin
subordinación o dependencia, consistentes en
prestar sus servicios profesionales como **APOYO
PSICOSOCIAL**, para LA PLATA o en cualquier
lugar, sitio o municipio que determine EL
CONTRATANTE.

FECHA INICIO: Enero 23 de 2018

FECHA TERMINACION: Julio 31 de 2018

VALOR DEVENGADO: Un millón seiscientos setenta y seis mil
trescientos sesenta pesos (\$1.676.360) m/cte.
mensual

CALIDAD DEL SERVICIO: Satisfactorio.

Neiva 30 de Agosto de 2019


MARIA LEYDITH CUELLAR DE FAJARDO
CC 36.148.068 de Neiva.
Representante Legal

Calle 57 N°1C-14 Tel. 8768034-Fax 8650264
www.avosscolombia.com
Neiva-Huila-Colombia



CERTIFICACION DE CONTRATACION

C-Nº 142-2018-04

NOMBRE DEL CONTRATANTE: ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL
SERVICIO SOCIAL
NIT: 813.010.867-0

NOMBRE DEL CONTRATISTA **NORY SHIRLEY GONZALEZ**
CEDULA No 1.081.397.052
TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicio
CONTRATO: C-Nº 142-2018-04

OBJETO DEL CONTRATO: Desarrollar actividades como **PSICOLOGA**, de acuerdo a las especificaciones establecidas en el lineamiento técnico del programa de MODALIDAD FAMILIAR contrato de aporte No 142 Municipio de la Plata Huila firmado entre el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF REGIONAL HUILA Y LA ASOCIACION DE VOLUNTADES PARA EL SERVICIO SOCIAL "AVOSS".

FECHA INICIO: Agosto 01 de 2018

FECHA TERMINACION: Noviembre 30 de 2018

VALOR DEVENGADO: Un millón seiscientos setenta y seis mil trescientos sesenta pesos (\$1.676.360) m/cte. Mensual.

CALIDAD DEL SERVICIO: Satisfactorio.

Neiva 30 Agosto de 2019


MARIA KEYDITH CUELLAR DE FAJARDO

CC 36.148.068 de Neiva.

Calle 57 N°1C-14 Tel. 8768034-Fax 8650264

www.avosscolombia.com

Neiva-Huila-Colombia



COLEGIO SAN PÍO X
Lic. de funcionamiento, según Resolución No 3115 de 22 de octubre de 2003
Código ICFES No. 021212
Reg. DANE 311001003823 Inscripción No. 771

EL SUSCRITO COORDINADOR GENERAL

HACE CONSTAR:

Que la señora, **NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.081.397.052 de La Plata Huila, trabajó como **PSICCOORIENTADORA**, en el colegio, del 2 de Mayo de 2017 al 30 de Noviembre de 2017, con un contrato a término fijo.

Dado en Bogotá D.C. a los 22 días del mes de Enero de 2018.



Julio Alejandro Muñetón G.
C.C. 79.948.186
Coordinador General

Carrera 23 No 76-43 Teléfono 2351061- 3461497



CLUB ACTIVO 20 - 30 DE MANIZALES

NIT. 800.085.411-0

Una organización de ejecutivos jóvenes al servicio de la niñez y su comunidad



CLUB ACTIVO 20-30 DE MANIZALES

CERTIFICA

Nory Shirley González Ordoñez, identificada con cedula 1.081.397.052 de la Plata Huila laboró en nuestra entidad desde el 1 de febrero al 15 de diciembre de 2016, con contrato a término fijo inferior de un año, desempeñando el cargo de docente perfil 3.

FUNCIONES

Desde el Servicio

Participar en el diseño del plan de acompañamiento pedagógico, para la implementación de la modalidad, acordes con el proyecto pedagógico del ICBM, las características de la modalidad y las condiciones particulares de la comunidad, agentes educativos, y las familias.

Conocer y participar en la construcción de la Ruta Integral de Atención con el objeto poder identificar deficiencias o vulneraciones en el desarrollo de los niños y su poder tomar de medidas además a la coordinación, al equipo profesional y a las mismas familias sobre las deficiencias observadas.

Planear las actividades y los recursos para el desarrollo de las acciones pedagógicas.

Implementar el acompañamiento pedagógico, en coherencia con las características y derechos del desarrollo de los niños y niñas y el contexto, en procura de un acompañamiento pertinente y eficaz.

Gestionar ante las instancias pertinentes, los recursos que garanticen la adecuada implementación de la modalidad y el desarrollo de los escenarios educativos.

Llevar un registro descriptivo como evidencia de las acciones adelantadas, indicando como se han desarrollado niño a niño.

Elaborar informes de evaluación formativa que incluyan los logros alcanzados en la modalidad en términos de desarrollo de competencias.

Establecer material de apoyo educativo, con la participación de los agentes educativos comunitarios, a fin de promover el proceso de desarrollo de competencias en los niños y niñas, de manera creativa utilizando elementos del medio.

Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación del proceso.

Con el talento humano

Disponer y participación en los procesos formativos inherentes a la cualificación del talento humano.

Resocialización desde su experiencia para el fortalecimiento del quehacer pedagógico y la visibilización de experiencias exitosas de los agentes educativos.

Con las familias

Acompañar y orientar las acciones educativas de las familias en la crianza y cuidado de los niños y niñas en las condiciones de su hogar y de su entorno social inmediato.

Identificar y articular recursos de las familias, comunidades e instituciones para resaltar y promover la garantía de los derechos de los niños y niñas.

Acompañar el proceso de formación de acuerdo al plan de formación de familias.

Organizar y sistematizar la información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas, familias y comunidades.

Acompañar las estrategias defendidas para la caracterización de los niños, niñas, familias, y agentes educativos.

- Prestar sus servicios en el sitio que le sea asignado.
- Elaborar un proyecto pedagógico coherente con los lineamientos y orientaciones pedagógicas de educación inicial, que responda a la realidad sociocultural y a las particularidades de los niños, niñas y sus familias.
- Participar en la elaboración y ejecución de un Proyecto Pedagógico común para EL HOGAR INFANTIL coherente con los lineamientos y orientaciones pedagógicas de educación inicial, así como con el marco de política y las disposiciones legales vigentes, que responda a la realidad sociocultural y a las particularidades de los niños, niñas y sus familias.
- Implementar acciones de cuidado con los niños y las niñas, que promuevan el bienestar, la seguridad y el buen trato, garantizando el respeto por la dignidad e igualdad humana.
- Desarrollar acciones con los niños y niñas para fortalecer prácticas de auto cuidado, cuidado mutuo y cuidado del medio ambiente.

Carrera 19 No. 74A - 56

Tels. 886 9308 - 312 828 1092 - email: manizales2030@hotmail.com

Manizales - Colombia - Suramérica



CLUB ACTIVO 20 - 30 DE MANIZALES

NIL 800.085.411-0

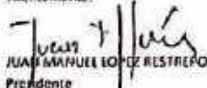


Una organización de ejecutivos jóvenes al servicio de la niñez y su comunidad

- f. Planear, implementar y hacer seguimiento a las acciones pedagógicas y de cuidado orientadas a la promoción del desarrollo infantil, en coherencia con la propuesta pedagógica del HOGAR INFANTIL y los lineamientos y orientaciones pedagógicas de educación inicial.
- g. Ambientar adecuadamente los espacios pedagógicos de que dispone para el desarrollo de actividades intencionadas que promuevan el desarrollo infantil de manera integral.
- h. Realizar seguimiento al desarrollo infantil de los niños y las niñas, que permita retroalimentar las acciones pedagógicas realizadas al interior del HOGAR INFANTIL y socializar el proceso de desarrollo con las familias.
- i. Planear, implementar y hacer seguimiento a las acciones educativas que promueven la participación de los niños y las niñas en las actividades cotidianas, desde el reconocimiento de sus procesos de desarrollo y sus diversas formas de expresión y comunicación.
- j. Participar de manera activa y dinámica en los espacios de encuentro para la velación de los docentes, auxiliares pedagógicos, profesionales de apoyo, auxiliares de servicios generales, personal administrativo y directivo sobre su quehacer cotidiano, lo que redundará en el fortalecimiento de los procesos y propuestas que se realicen al interior del Centro.
- k. Promover y resquear procesos de formación permanente a las familias de los niños y niñas a su cargo, para potenciar así su rol educativo.
- l. Verificar la afiliación vigente a salud a través del Carné o certificado de afiliación a EPS o EPS vigente de los niños y las niñas atendidos, o en su defecto promover acciones para conseguirlos.
- m. Verificar el esquema de vacunación completo, según la edad de los Niños, niñas y mujeres gestantes, o en su defecto promover acciones para el cumplimiento del mismo.
- n. Verificar las consultas de crecimiento y desarrollo requeridas según la edad de los niños, y niñas o en su defecto promover acciones para su vinculación a estos programas.
- o. Valoración y seguimiento nutricional, realizando la vigilancia de los niveles de nutrición a través del registro y control de peso y talla, según la periodicidad.
- p. Verificar que los niños y las niñas cuenten con su registro civil y en los casos que no se tenga, promover acciones para su consecución.
- q. Desarrollar una propuesta pedagógica de educación inicial.
- r. Facilitar y participar en procesos de promoción de lectura y mejoramiento de la calidad de la educación inicial.
- s. Proporcionar toda la información de los niños y niñas atendidos en las oportunidades y en la forma definida por EL HOGAR INFANTIL.
- t. Y todas las demás que le sean asignadas por la Directora del HOGAR INFANTIL, la Junta Administradora, Asesores y Supervisores del ICBF.

Para constancia se firma a los 15 días del mes de diciembre de 2016.

Atentamente,


JUAN MANUEL LÓPEZ RESTREPO
Presidente

Carrera 19 No. 74A - 56
Tels. 886 9308 - 312 828 1092 - email: manizales2030@hotmail.com
Manizales - Colombia - Suramérica

**EL SUSCRITO DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE DESARROLLO
COMUNITARIO VERSALLES
NIT. 800.180.234-1**

CERTIFICA

Que **NORY SHIRLEY GONZALES ORDOÑEZ**, Identificada con Cédula de Ciudadanía N° 1.081.397.052 laboró en esta institución desde el día 20 de enero de 2014 hasta el día 02 de agosto de 2014 mediante contrato a término fijo inferior a un año, desempeñando el cargo de Promotora de Derechos, en el Programa Generaciones con Bienestar Caldas.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, como complemento para la Hoja de Vida.

Para constancia se firma en Manizales a los 02 días del mes de agosto del año 2014.

Atentamente,


LUIS EDUARDO ARANGO ALVAREZ
Director Ejecutivo

Revisado
Preparado por: Maryuri Grijales

*Rdo
2-08-2014
Shirley Gonzales*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

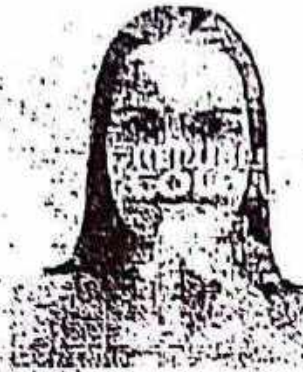
NUMERO 1.081.397.052

GONZALEZ ORDOÑEZ

APELLIDOS

NORY SHIRLEY

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1987
LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

03-AGO-2005 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMARAZ LOPEZ



P-1904900-50142031-F-1081397052-20051212

0589105346A 02 104196015

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 27 de diciembre de 2024, a las 17:21:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1081397052
Código de Verificación	1081397052241227172104

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Firma mecánica de la Contraloría Delegada para Responsabilidad Fiscal, Intervención Judicial y Cobro Coactivo.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/12/2024 05:25:45 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1081397052** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **107273179** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	F4.P5.ABS	14/11/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

El(la) suscrito(a) Nory Shirley Gonzalez Ordoñez identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1.081.397.052 expedida en La Plata, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de La Plata, el día veintisiete (27) de Diciembre del 2024.

Firma

Nombre

Cédula

Shirley Gonzalez

Nory Shirley Gonzalez Ordoñez

1081397052

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:21:50 PM horas del 27/12/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1081397052**

Apellidos y Nombres: **GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:24:38 horas del 27/12/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1081397052**, Apellidos y Nombres **GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **fundacion social yo te cuido**, con NIT **901496702-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) “por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones” y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 “por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CRIMINAL E INTERPOL

© 2024

- 🕒 **Horario:** Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
- 📍 **Dirección:** Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
- ☎ **Teléfonos:** 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
- ✉ **Correo:** dijin.araic-atc@policia.gov.co
- 🌐 **Web:** www.policia.gov.co/dijin
- 📷 **Instagram:** [/dijinpolicia](https://www.instagram.com/dijinpolicia)
- 🐦 **Twitter:** [@DIJINPolicia](https://twitter.com/DIJINPolicia)



[Presidencia de la República](#)



[Ministerio de Defensa Nacional](#)



[Colombia compra eficiente](#)



[GOV.CO](#)



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1081397052 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 27/12/2024 09:31 AM



Código Verificación: **5QFPLBUR2V**

Válida hasta: **28/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 17 de marzo de 2025, a las 12:10:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1081397052
Código de Verificación	1081397052250317121051

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Firma mecánica de la Contraloría Delegada para Responsabilidad Fiscal, Intervención Judicial y Cobro Coactivo.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 253988219



PIB

18:27:04

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 de marzo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1081397052:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (E)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR
DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:00:02 horas del 17/03/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1081397052,
Apellidos y Nombres **GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa ICBF, con NIT 8999999239-2 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, o cio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) “por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones” y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 “por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CRIMINAL E INTERPOL

🕒 Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm 📍 Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
☎ Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
✉ Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co 🌐 Web: www.policia.gov.co/dijin
📷 Instagram: [/dijinpolicia](#) 🐦 Twitter: [@DIJINPolicia](#)

© 2024



[Presidencia de la República](#)



[Ministerio de Defensa Nacional](#)



[Colombia compra e ciento](#)



[GOV.CO](#)



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1081397052 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 17/03/2025 12:23 PM

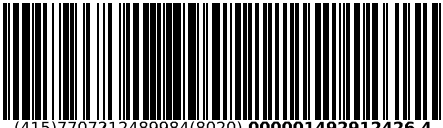


Código Verificación: **P5QB73TG8M**

Válida hasta: **15/06/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 14929124264			
				 (415)7707212489984(8020) 000001492912426 4			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 8 1 3 9 7 0 5 2		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Neiva		14. Buzón electrónico 1 3	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 8 1 3 9 7 0 5 2		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Huila 4 1		30. Ciudad/Municipio La Plata 3 9 6			
31. Primer apellido GONZALEZ		32. Segundo apellido ORDOÑEZ		33. Primer nombre NORY		34. Otros nombres SHIRLEY	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla 3147988239							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Huila 4 1		40. Ciudad/Municipio La Plata 3 9 6			
41. Dirección principal CL 11 A 2 E 28							
42. Correo electrónico sirley405@hotmail.com							
43. Código postal 5 8				44. Teléfono 1 3 1 4 7 9 8 8 2 3 9		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 2 9 9	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 8 0 2 1 5	48. Código 8 5 6 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 1 4 0 1 0 2	50. Código 8 6 9 2	51. Código 3 4 3 1	1	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 8 2 9 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
57. Modo				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2025 - 01 - 01 / 09 : 13: 15			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY 985. Cargo CONTRIBUYENTE			



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ identificado(a) con CC 1081397052 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	28/11/2015
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	SALUD VITAL SEDE LA PLATA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 27 días del mes de diciembre del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ identificado(a) con C.C No. 1.081.397.052, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de diciembre del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ** identificado con CC No. **1081397052**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 01/01/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011886175.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 31 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
NIT. 860.011.153-8 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ identificado(a) con CC 1081397052 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	28/11/2015
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	SALUD VITAL SEDE LA PLATA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 17 días del mes de marzo del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NORRY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ identificado(a) con C.C No. 1.081.397.052, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de marzo del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ** identificado con CC No. **1081397052**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO – NI. 901496702	Fecha de inicio de cobertura: 30/12/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 30/12/2024 Fecha fin de Contrato: 30/06/2025 Fecha de Retiro: 30/06/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011834607.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de marzo de 2025.

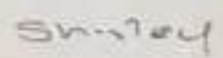
Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.419

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	
09 DÍA	04 MES	2024 AÑO	LA PLATA (BUILA, COLOMBIA)	
			CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES				
Empresa en misión				
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY			Genero	Edad
			FEMENINO	36 AÑOS 18 MESES 5 DÍAS
Apellido y Nombre			Documento de Identificación	
			CC	1081397052
			Tipo	Número
Carga				
PSICOLOGA				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS				
Observaciones: NO APLICA				
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL		✓	ADMINISTRACIÓN (APLICACIÓN) DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD-PSICOTECNICA	
MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)		✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR CORRECCIÓN OPTICA PARA VISIÓN LEJANA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL REALIZAR PAUSAS ACTIVA EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		SVE VISUAL		ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA
		SVE OSTEOMUSCULAR		
		CAPACITACIÓN : ERGONOMIA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verdicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>				
Médico		Aspirante o Trabajador		
 Firma:		 Firma:		
Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA		Nombre: GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY		
R.M.: 1384/2006 L.S.O.: 1378/2021		CC: 1081397052		
		 Código de Seguridad B631H1N32419		



Servicios Integrales De Salud

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



EXAMEN DE MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)

DATOS PERSONALES

Atención N°: 7.123

Fecha: 09/04/2024 Municipio: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) CC: 1081397052 Nombre: GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY Edad: 35 AÑOS 1
Género: FEMENINO Profesión o Cargo: PSICOLOGA Empresa: PARTICULARES
Eps: Tipo Evaluación Médica: CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO) F. Último Examen: N/A
Lugar del Último Examen: NA Motivo Consulta: VISIOMETRIA INGRESO, DEFICIENCIA VISUAL LEJOS.

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES
ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES OCUPACIONALES
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL
LENTES DE CONTACTO
MULTIFOCAL
TIPO DE USO
TRAE RX
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO
USA ANTEOJOS

NIEGA
NIEGA
NIEGA
NO USA
NO
NO APLICA
NO
NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN				AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN			
O.D.	AV/VL	AV/VP	PH	O.D.	AV/VL	AV/VP	PH
NO APLICA	20/25	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	N/A
O.I.	20/25	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	N/A
A.O.	20/25	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

REMISIONES

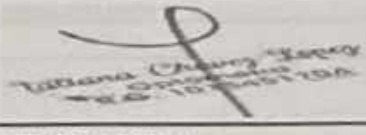
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA BAJO CICLOPLEJIA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

TEST ISHIHARA: NORMAL
ESTEREOPSIS: 20° ARCO
PPC: NARIZ
OJO DOMINANTE: DERECHO
EXAMEN EXTERNO: SAND

APROBADO VISUAL

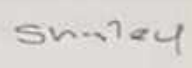
OPTOMETRA

Firma: 
Nombre: CHAVEZ LOPEZ YORLY TATIANA
R. M.: 1015451704 L.S.O.:



Código de Seguridad
0631U3A7123

PACIENTE

Firma: 
Nombre: GONZALEZ ORDOÑEZ NORY SHIRLEY
CC: 1081397052



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales				N° Atención: 1.730	
Ciudad:	LA PLATA (BUENOS AIRES) 01/04/2024 - 06:28 P. M.			Fecha Atención:	01/04/2024 06:28:00p. m.
CC:	308135702	Nombre y Apellido:	GONZALEZ OROZCOZ NORCY SHIRLEY	Fecha de Nacimiento:	29/06/1987
Edad:	36 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	Sexo:	FEMENINO	Estado Civil:	SOLTERA
Dirección:	CRA 300 N°6 70	Teléfono:		Celular:	334798229
Entidad:	PARTICULARES	Profesión o Cargo:	PSICOLOGA		
Fundador del Cargo:	APoyo EN MODALIDAD FAMILIAR	Nivel Académico:	SECUNDARIA	Audiente:	
Teléfono del Audiente:		Parentesco:			

Diagnóstico:

PARA ESTA VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE INTERÉS SE APLICÓ LA PRUEBA MINIMENTAL, CON LA FINALIDAD DE CONOCER ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO AFECTIVO, EMOCIONAL, RACIONAL, PRAGMÁTICO Y OBJETIVO, COMO SU CAPACIDAD CONCEPTUAL, SU GRADO DE AFRONTAR AL ESTRÉS, SU CAPACIDAD LABORAL, SU CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE EN LA EMPRESA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD.

LOS RESULTADOS PERMITE TENER UNA VISIÓN REALISTA Y DETALLADA TANTO DE SUS PROPIAS CAPACIDADES COMO DE LAS ASPIRACIONES Y MOTIVACIONES, TIENE UNA ACTITUD POSITIVA Y CONSTRUCTIVA.

SUS RESULTADOS INDICAN QUE EL INDIVIDUO TIENDE A SER RACIONAL, FORMAL, REALISTA Y DETALLADO TANTO DE SUS PROPIAS CAPACIDADES COMO DE LAS ASPIRACIONES Y MOTIVACIONES, ADICIÓN MUESTRA QUE TIENE VENTAJAS EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES.

POR LO DEMÁS DURANTE LA ENTREVISTA DIRECTA Y SEMIESTRUCTURADA, SE LOGRÓ EVIDENCIAR QUE ES UNA PERSONA CON NIVEL AFECTIVO, SOCIAL, FAMILIAR Y LABORAL.

EXAMEN MENTAL

PRINCIPALMENTE PRESENTA UNA ACTITUD DE COLABORACIÓN Y ESCUCHA EN EL PROCESO DE ENTREVISTA Y EN LA VALORACIÓN DEL EXAMEN MENTAL PSICOLÓGICO.

PORTE Y ACTITUD: HIGIENE CORPORAL, POSTURA Y MIRADA Y EXPRESIÓN FACIAL ADECUADA PARA SU EDAD. PRESENTACIÓN ADECUADA A SU EDAD Y SU PERSONALIDAD.

LENGUAJE: MANEJA UN LENGUAJE COHERENTE Y COMPRENSIVO, BUENA PRODUCCIÓN VERBAL, ADECUADA ARTICULACIÓN Y EMISIÓN, FLUIDEZ VERBAL ADECUADA, DISCURSO, RITMO ADECUADO Y TONO SIN DIFICULTAD. EL TIMBRE DE VOZ ES NORMAL.

PERCEPCIÓN: EN CUANTO A LA PERCEPCIÓN, ESTOS SE ENCUENTRAN ADECUADOS PUES RECONOCE LA CALIDAD Y CUALIDAD DE TODOS LOS ESTÍMULOS TANTO VISUALES, AUDITIVOS, OLFATORIOS Y TÁCTILES.

INTELIGENCIA: SU PROMEDIO NORMAL AL RANGO.

EUPROSÉXICA: CAPACIDAD DE ATENCIÓN NORMAL.

MEMORIA: ESTA FUNCIÓN SE ENCUENTRA NORMAL PUES EN LO QUE CONCIERNE A SU MEMORIA, MEDIATA MEMORIA INMEDIATA Y MEMORIA

REMOTA NO PRESENTANDO ANOMALÍA ALGUNA.

SUEÑO: EL PROMEDIO DE HORAS ESTÁ ENTRE 5 A 6 HORAS DE SUEÑO.

EN CUANTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA MINIMENTAL FUE DE 30/30, SEGÚN EL EXAMEN MENTAL LOS RESULTADOS OBTENIDOS SON POSITIVOS Y LA ENTREVISTA SE EVIDENCIA NORMALIDAD, POR LO QUE SE CONSIDERA APTO PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES QUE REALIZARÁ.

3300 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO

PSICÓLOGO

Enfoque

PACIENTE

Shirley

Firma: _____
Nombre: VALENCIA OSPINA EBRA RODRIGUEZ
R. M.: 120637

Firma: _____
Nombre: GONZALEZ OROZCOZ NORCY SHIRLEY
CC: 308135702



República de Colombia
Colegio Colombiano de Psicólogos

**Tarjeta Profesional
de Psicólogo**

Ley 1090 de 2006
No. 172058
NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ
C.C. 1.081.997.052



Expedida: 2017-06-02

Colegio Colombiano de Psicólogos



NORY SHIRLEY
GONZALEZ ORDOÑEZ
C.C. 1.081.997.052

Por el desarrollo de la psicología
y el ejercicio ético de la profesión

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

El suscrito Director Ejecutivo de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **Nory Shirley Gonzalez Ordoñez**, con documento de identificación N° **1081397052**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 27 de diciembre de 2024.



JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ JIMÉNEZ
Representante Legal Colegio Colombiano de Psicólogos



hNLgipl/TcRDbvFJZqZl
Puede validar este documento en:
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>



El suscrito Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic,

HACE CONSTAR:

Que **NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ**, identificada con documento de identidad No. CC **1081397052** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 172058 expedida el 02/06/17, por este Colegio al tenor de lo dispuesto en los Artículos No. 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006.

Que de acuerdo con el artículo No. 6 de la Ley 1090 de 2006, el portador de la Tarjeta Profesional, está habilitado para el ejercicio profesional de la Psicología en todo el territorio nacional. Este documento es de carácter vitalicio, por tanto, su vigencia es permanente.

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 27 de diciembre de 2024.

Nota: De acuerdo con el parágrafo del artículo 6 de la Ley 1090 de 2006, el cual señala: “Las tarjetas profesionales, inscripciones o registros expedidas a psicólogos por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos, distritos o municipios del país u otra autoridad competente, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, conservarán su validez y se presumen auténticas”, la experiencia profesional para los psicólogos graduados antes de la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) se contabilizará desde el momento en que el profesional realizó el respectivo registro, tal como lo ordenaba el artículo 3° de la derogada Ley 58 de 1983. La experiencia profesional para los psicólogos graduados desde la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) o antes y que no hayan expedido su registro como lo ordenaba la Ley 58 de 1983 se contabilizará desde el momento en que expidió la Tarjeta Profesional con el Colegio Colombiano de Psicólogos.

Cordialmente,



JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA

Presidente del Consejo Directivo Nacional



0vMkaTbhl6xtDBJoZqyY
Puede validar este documento en:
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>



Carrera 19 No. 84 - 49.
Antiguo Country
Bogotá, D.C. Colombia



colpsic@colpsic.org.co
www.colpsic.org.co



(601) 745 14 70



SC-2001331



RESOLUCION No. 17-068-0494-19

**POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN
PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL**

LA SUBDIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ASEGURAMIENTO, DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS, en cumplimiento al Decreto No. 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, Resolución 8211 del 15 de junio de 1989, Decreto 1352 de 2000, Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010, Resolución 3030/2014 del Ministerio de Salud, Resolución de Delegación de Funciones 1273 del 12 de septiembre de 2013 y Resolución 0298 del 16 de mayo de 2017, nombramiento de la Subdirectora de Prestación de Servicios y Aseguramiento de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, y,

C O N S I D E R A N D O:

Que NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ, cédula 1081397052, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como PSICÓLOGA, según título que le otorgó LA CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS "UNIMINUTO", en CHINCHINA CALDAS, mediante Acta de Grado N°048 de 11 de mayo de 2017.

Que estudiada la documentación presentada, el (la) solicitante cumple con los requisitos establecidos por las normas vigentes.

R E S U E L V E

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOÑEZ, cédula 1081397052, para ejercer como PSICÓLOGA, según título que le otorgó LA CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS "UNIMINUTO", en Chinchina, en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y queda inscrito (a) en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Manizales, a los 30 días del mes de diciembre de 2019


ADRIANA RAMÍREZ CATAÑO

Subdirectora Prestación de Servicios y Aseguramiento

Proyectado por: 
Elaborado por: Adriana Ramírez Cataño



Sede principal
Teléfonos: +57 (6) 8713096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: CL 49 No. 26 - 46
Manizales, Caldas
E-mail: información@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

ECOS-POS-CAF V04 2018-12-07 Página 137 de 1



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3123934188

MANUAL DE FUNCIONES PARA LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO

Nombre del cargo:	Psicólogo
Dependencia:	Modalidad Hogar Sustituto
Perfil del Cargo: Profesional responsable de realizar entre otras funciones, las valoraciones, iniciales, estudio de caso y atención a los niños, niñas, adolescentes para el goce efectivo de los derechos.	
Funciones del Cargo: <ol style="list-style-type: none">1. Realizar las valoraciones, seguimientos, intervención, diagnóstico, acompañamiento psicológico y apoyo al desarrollo del Plan de Caso y el proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello asegurando el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.2. Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos. En lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, participar en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la fundación.3. Brindar atención integral como profesional de psicología, para la protección inmediata a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad Hogar Sustituto.4. Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial en psicología, evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.5. Realizar informes psicológicos a cada niño, niña o adolescente ubicado en la modalidad hogar sustituto, evaluando y analizando el estado emocional y psicológico del Niño, Niña o Adolescente.6. Valorar en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, un examen mental, la apariencia, porte y actitud, la atención, la orientación, la conciencia, la sensopercepción, la memoria afectividad, el área cognitiva, adaptativa, el área sensorio y motriz, el área del lenguaje, social y académica y su plan de atención.7. Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.8. Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.9. Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad hogar sustituto10. Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.11. Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.12. Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contempladas en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos13. Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.14. Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.	
Formación Académica:	Experiencia:



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3123934188

Profesional graduado, con título otorgado por una institución universitaria legalmente reconocida en Colombia por la Autoridad Competente para ello.	Contar mínimo con un año de experiencia profesional certificada en programas, proyectos o servicios de protección integral.
Competencias Esenciales: <ul style="list-style-type: none">• Capacidad de análisis.• Capacidad de comunicación• Responsabilidad• Trabajo en equipo.• Asertividad.• Capacidad de escucha.• Capacidad de adaptarse a la situación socio cultural de cada beneficiario.• Sentido humano• Comunicación asertiva y resolución de conflictos.	Competencias funcionales: <ul style="list-style-type: none">• Organización y/o programación de actividades.• Capacidad de trabajar en equipo.• Lectura y/o interpretación de documentos.• Elaboración y/o presentación de informes.• Manejo de información confidencial.• Intervención con los niños, niñas adolescentes, familias biológicas o red vincular de apoyo.

Shirley Gortale

Firma

Cedula: 1081397052

YO TE CUIDO



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

CÓDIGO ÉTICO DE LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO

Las personas que proporcionamos atención y cuidado o trabajamos directa o indirectamente (sin importar el tipo de vinculación) con los niños, las niñas y adolescentes; o, venimos a realizar una actividad permanente o temporal en las instalaciones de LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO – MODALIDAD DE ACOGIMIENTO FAMILIAR – HOGAR SUSTITUTO, en atención a los estándares internacionales de protección de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes establecidos entre otros, en la Convención de los Derechos del Niño [niños y adolescentes], el Código de la Infancia y la Adolescencia – Ley 1098 de 2006 y a la Ley 2089 de 2021123 y demás normativa y jurisprudencia internacional y nacional: Nos comprometemos dentro y fuera de este operador a:

1. Mantener los más altos niveles de rendición de cuentas, eficiencia, competencia, integridad y transparencia en la prestación del servicio en el marco de las acciones de restablecimiento de derechos adelantadas a favor de niños, niñas y adolescentes; o, por las cuales se dio mi vinculación con el operador.
2. Asumir un rol de consideración y respeto hacia los niños, las niñas y adolescentes como sujetos de derechos y exigirlo de igual manera a quienes estén en interacción con ellos y ellas.
3. Respetar la privacidad y el derecho a la intimidad de los niños, las niñas y adolescentes
4. Compartir con los niños, las niñas y los adolescentes, actividades en el marco del respeto, la confianza, la empatía y el buen trato.
5. Garantizar a los niños, las niñas y los adolescentes, la atención y cuidados necesarios para su desarrollo integral, tanto físico como cognitivo, relacional, emocional, espiritual y ético de acuerdo con el proceso de atención establecido para cada modalidad.
6. Prevenir la ocurrencia de situaciones violencia, discriminación, explotación, estigmatización o cualquier acción u omisión que atente contra los derechos fundamentales de los niños, las niñas y los adolescentes; y, abstenerse de realizar comportamientos o expresiones de discriminación, rechazo, indiferencia u otros tratos que afecten la salud mental, emocional o física de los niños, las niñas y los adolescentes.
7. Velar por la identificación oportuna de situaciones que pongan en riesgo la vida e integridad física, mental, emocional y sexual de los niños, las niñas y adolescentes a su cargo, durante el tiempo que estén bajo su cuidado y responsabilidad, poniendo en conocimiento inmediato de las mismas para adelantar prontas intervenciones.
8. Tener respeto y reserva por la historia de vida de los niños, las niñas y adolescentes a cargo, sin explorar sobre la misma o pretender profundizar en información específica, que esté por fuera de aportar al restablecimiento de derechos y que no obedezca a su interés superior. La información consignada en estas historias es de carácter restringido y se debe mantener bajo absoluta reserva y confidencialidad.
9. Cuidar directamente a los niños, las niñas y los adolescentes, sin delegar su atención, o dejarlos a cargo de personas que no hagan parte de la modalidad o servicio de atención, a menos que esté debidamente autorizado



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

- a. por la autoridad administrativa a cargo del caso. Con respecto al trato con los niños y las niñas nunca será aceptable: a. Discriminar por etnia, sexo, género, estrato social, religión, orientación sexual, discapacidad, pertenencia étnica, nacionalidad, afiliación política; o, por cualquier otra condición a niños, niñas o adolescentes.
- b. Imponer sanciones o castigos que atenten contra la integridad física o mental y el desarrollo de la personalidad de niños, niñas y adolescentes, especialmente aquellos que constituyan tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes; incluidas las medidas de aislamiento, incomunicación con sus familiares, redes vinculares y/o comunidades étnicas; o, cualesquiera otras formas de violencia física o psicológica que puedan poner en peligro la salud física o mental de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.
- c. Hacer uso de la fuerza o medidas de coerción de cualquier tipo o actos de violencia física, verbal, psicológica, sexual o negligencia en el cuidado de los niños, las niñas o los adolescentes.
- d. Privar total o parcialmente de alimentos o retardo en los horarios de comida a los niños, las niñas y adolescentes que se tienen bajo su responsabilidad o cuidado.
- e. Utilizar en la preparación de los alimentos ingredientes que, previos estudios técnicos, el ICBF o autoridad administrativa considere como nocivos para la salud de los niños, las niñas o los adolescentes.
- f. No administrar, o administrar parcialmente, modificar las dosis, vía y horarios de los medicamentos que han sido ordenados por el médico tratante al niño, niña o adolescente; Suministrar medicamentos vencidos o que no hayan sido formulados por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión.
- g. No realizar las gestiones necesarias y pertinentes en la prestación oportuna del servicio de salud cuando lo requiera un niño, una niña o un adolescente bajo su responsabilidad o cuidado
- h. Negar la provisión de dotación personal (cama, colchón, ropa de cama, vestuario, elementos de aseo, material pedagógico o lúdico deportivo, o dotación de acuerdo con las prácticas culturales de los grupos étnicos) a los niños, las niñas o adolescentes bajo su responsabilidad o cuidado; o, suministrar dotación inadecuada o en malas condiciones para su uso.
- i. Excluir a los niños, las niñas o adolescentes de las estrategias de formación académica, de capacitación o recreación, por razones de raza, género, orientación sexual, discapacidad o cualquier otra situación de discriminación.
- j. Negar el derecho a las visitas o a la comunicación de los niños, las niñas y los adolescentes, con la familia o red vincular de apoyo, autoridades tradicionales, excepto en casos en los cuales la autoridad administrativa competente lo haya determinado de manera justificada.
- k. Permisividad y tolerancia frente a actos de acoso y/o violencia entre los niños, las niñas y los adolescentes, que interactúan en las diferentes modalidades.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

- l. Ejercer violencia sexual en contra de una niña, niño o adolescente de manera física o virtual.
- m. Sustener relaciones afectivas y/o sexuales con las y los adolescentes mayores de 14 años dentro o fuera del hogar sustituto o institución. Tales relaciones están radicalmente desalentadas pues radican en relaciones de poder fehacientemente desiguales y socavan la credibilidad en la prestación del servicio, configurándose de igual manera en hechos de violencia susceptibles de denuncias penales. No será excusa la creencia equivocada con respecto a la edad de un niño, niña o adolescente.
- n. Ofrecer dinero, empleo, productos o servicios a cambio de relaciones sexuales, incluidos favores sexuales u otras formas de comportamiento humillante, explotador o degradante. Esta prohibición abarca las invitaciones dentro o fuera del hogar sustituto o institución a sostener relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución.
- o. Obtener, distribuir o utilizar materiales pornográficos dentro o fuera del hogar sustituto o institución, lo que incluye la visita de sitios web pornográficos, así como el envío de mensajes pornográficos vía virtual o telefónica.
- p. Omitir deliberadamente la denuncia o comunicación de actos de violencia sexual hacia los niños, niñas o adolescentes ante la autoridad o autoridades competentes. Igualmente, el no realizar ninguna acción para proteger a los niños, niñas o adolescentes frente a tales vulneraciones de derechos.
- q. Utilizar a los niños, las niñas o adolescentes con fines de explotación económica o en trabajos que atenten contra su salud física y emocional o su integridad personal.
- r. Tolerar o tener comportamientos ilegales o peligrosos con niños, niñas o adolescentes, entre otras, consumir sustancias psicoactivas, fumar, beber alcohol.
- s. Ocultar información sobre cargos penales o condenas relevantes que puedan interferir en la capacidad para cumplir las obligaciones establecidas.
- t. Incumplir las normas de seguridad y prevención de desastres o de cualquier riesgo para la salud y la integridad de los niños, las niñas o los adolescentes.
- u. Incumplir las normas de seguridad en el transporte de los niños, las niñas o los adolescentes, de acuerdo con lo estipulado en el Código de Tránsito y demás normas relacionadas con el transporte escolar.
- v. Dar egreso del proceso de atención o suspender la atención de los niños, las niñas o los adolescentes, sin la autorización de la autoridad administrativa encargada del caso.
- w. Ocultar, demorar o entregar parcialmente al ICBF la información sobre los niños, las niñas o adolescentes, que eventualmente dieran lugar a un cambio de medida o toma de decisiones importantes en el marco del proceso de atención.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Calle 11 N 3 -80

Cel. 3206193497

Serán acciones prioritarias frente a estas situaciones:

- Dar traslado inmediato a quienes ejerzan la coordinación de las modalidades y servicio, la supervisión de los contratos de aporte y demás personas de quien se espera que emprenderán con prontitud acciones de intervención.
- Garantizar que toda información, sea canalizada correctamente y tratada con la mayor confidencialidad
- Presentar las acciones disciplinarias, penales o administrativas respectivas.
- Considerar como una infracción al Código Ético, las acusaciones que se informen cuando estas faltan a la verdad, las cuales estarán sujetas a medidas disciplinarias a discreción de quienes tienen las competencias decisorias respectivas.

DECLARACIÓN

Yo Nory Shirley Gonzalez Ordoñez, identificado(a) con cedula de ciudadanía (tipo de documento de identificación) No. 1081397052 de la plata confirmo que he leído, entendido y aceptado el Código Ético de La fundación social yo te cuido que opera la modalidad Hogar Sustituto. Asumo que el incumplimiento de cualquiera de los compromisos o el adelanto de las acciones que exponen a las niñas, niños o adolescentes a amenaza o vulneración de derechos, son infracciones al Código Ético, ya sea con ocasión del trabajo o servicio a desarrollar; o, por actos o comportamientos en mi vida privada mientras esté vigente mi relación laboral, académica o voluntaria, puede tener como consecuencia inmediata la adopción de medidas disciplinarias, administrativas o, incluso, penales frente a mi persona. Me comprometo a comunicar a través de los canales definidos para ello cualquier incumplimiento por parte de terceros de las normas y estándares que se recogen en el presente Código Ético y la normativa internacional y nacional respectiva.

Fecha: 27 de diciembre del 2024

Firma: Shirley Gonzalez

NOTA: Código Ético tomado de la guía G17 P -V7 (Guía de orientación para la prevención y manejo de situaciones de riesgos de las niñas, niños y adolescentes en las modalidades y servicios de restablecimiento de derechos) Pag. 73

	FORMATO COMPROMISO DE TIEMPO DE DEDICACION	FECHA DE APROBACION	31/08/2023
		Versión 1 FSYTC-086	Página 1 de 1

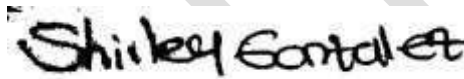
COMPROMISO DE TIEMPO DE DEDICACION

Modalidad Hogar Sustituto

Yo Nory Shirley Gonzalez Ordoñez identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1081397052 de conformidad y en cumplimiento con el contrato suscrito entre el ICBF y la fundación social yo te cuido, en calidad de Psicóloga, me comprometo a dedicar el tiempo necesario al cumplimiento de mis obligaciones basadas en todos los lineamientos, manuales, guías, formatos y demás documentos necesarios para el buen funcionamiento de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto.

Además de estar en constante disposición ante las situaciones que se presenten con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, madres sustitutas y demás profesionales que lo requieran.

Para constancia se firma en La Plata el día 27 de diciembre del año 2024.



FIRMA
CEDULA 1081397052

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	F6.P2.ABS	09/11/2023
		Versión 7	Página 1 de 2

La Plata, 27 de diciembre de 2024

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
 Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF
 Ciudad

Asunto: autorización de tratamiento de datos personales y consulta en sistemas y bases de datos abiertos y manifestación de voluntad de afiliación al sistema de riesgos profesionales.

Yo, Nory Shirley Gonzalez Ordoñez identificado(a) con cedula de ciudadanía No.1.081.397.052, por medio del presente autorizo expresamente de manera voluntaria e informada al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, para tratar mis datos personales, acorde con la Política de Tratamiento de Datos Personales del Instituto¹ para los fines relacionados con su misión y funciones, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1074 de 2015.

Así mismo, autorizo libre y voluntariamente, de manera expresa e inequívoca al ICBF para que realice la recolección, almacenamiento, procesamiento, administración, transferencia y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados para los aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento a la ejecución de los contratos; la generación de registros, reportes y publicación de la gestión contractual establecidos normativamente, y tramitado en el marco de las políticas y procedimientos establecidos en el ICBF, así como el cumplimiento a los requerimientos de autoridades judiciales y entes de control interno y externo de la Entidad frente a los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

Por lo anterior, el Instituto queda facultado para realizar cuando las necesidades lo ameriten, consultas en los sistemas, bases de datos y/o fuentes de información pública, que dispongan las entidades del Estado o privados que en ejercicio de sus funciones dan fe pública conforme a su misionalidad.

Así mismo, declaro que conozco la finalidad de la recolección y tratamiento de mis datos personales y que se realizará por el ICBF, en ejercicio propio de sus funciones legales y su misionalidad de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en el portal www.icbf.gov.co.

Manifiesto que fui informado(a) que en caso de que la Entidad solicite recolectar información, tengo derecho a contestar o no las preguntas que se me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud y a la vida sexual,

¹ https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_de_tratamiento_de_datos_personales_0.pdf

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	F6.P2.ABS	09/11/2023
		Versión 7	Página 2 de 2

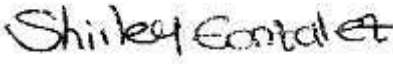
que como titular de la información, fui informado de los derechos y deberes con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales o los medios virtuales dispuestos por la entidad².

Adicionalmente conforme al artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Instituto a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que me llegare asignar el ICBF, una vez inicie la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II y/o en el SIGEP.

Conforme lo manifestado en el estudio previo respecto de la procedencia de la consulta en el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, autorizo de manera previa, expresa y escrita a que se realice la consulta correspondiente, cuando se configuren las circunstancias descritas en la Ley 1918 de 2018 y el decreto 753 de 2019 o norma que la modifique o sustituya.

Finalmente, manifiesto mi voluntad afiliarme al Sistema de Riesgos Laborales de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, por lo tanto, autorizo a la Entidad para adelantar los trámites requeridos para mi Afiliación al Sistema de Riesgos Profesionales una vez celebrado el respectivo contrato.

Cordialmente

Firma del futuro contratista: 	
Nombre del proveedor o futuro contratista:	Nory Shirley Gonzalez Ordoñez
Tipo y número de documento futuro contratista:	1.081.397.052

² Correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co, línea gratuita Nacional: (57) 01 8000 91 80 80 y en Bogotá (571) 437 76 30, atención en el Chat virtual disponible de lunes a domingo, 24 horas en www.icbf.gov.co y servicio de Video llamada de lunes a viernes de 7:00 AM a 7:00 PM en jornada continua en www.icbf.gov.co.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	F6.P2.ABS	09/11/2023
		Versión 7	Página 1 de 2

La Plata, 27 de diciembre del 2024

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
 Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF
 Ciudad

Asunto: autorización de tratamiento de datos personales y consulta en sistemas y bases de datos abiertos y manifestación de voluntad de afiliación al sistema de riesgos profesionales.

Yo, Nory Shirley Gonzalez Ordoñez identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1081397052, por medio del presente autorizo expresamente de manera voluntaria e informada al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, para tratar mis datos personales, acorde con la Política de Tratamiento de Datos Personales del Instituto¹ para los fines relacionados con su misión y funciones, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1074 de 2015.

Así mismo, autorizo libre y voluntariamente, de manera expresa e inequívoca al ICBF para que realice la recolección, almacenamiento, procesamiento, administración, transferencia y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados para los aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento a la ejecución de los contratos; la generación de registros, reportes y publicación de la gestión contractual establecidos normativamente, y tramitado en el marco de las políticas y procedimientos establecidos en el ICBF, así como el cumplimiento a los requerimientos de autoridades judiciales y entes de control interno y externo de la Entidad frente a los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

Por lo anterior, el Instituto queda facultado para realizar cuando las necesidades lo ameriten, consultas en los sistemas, bases de datos y/o fuentes de información pública, que dispongan las entidades del Estado o privados que en ejercicio de sus funciones dan fe pública conforme a su misionalidad.

Así mismo, declaro que conozco la finalidad de la recolección y tratamiento de mis datos personales y que se realizará por el ICBF, en ejercicio propio de sus funciones legales y su misionalidad de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en el portal www.icbf.gov.co.

Manifiesto que fui informado(a) que en caso de que la Entidad solicite recolectar información, tengo derecho a contestar o no las preguntas que se me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud y a la vida sexual,

¹ https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_de_tratamiento_de_datos_personales_0.pdf

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	F6.P2.ABS	09/11/2023
		Versión 7	Página 2 de 2

que como titular de la información, fui informado de los derechos y deberes con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales o los medios virtuales dispuestos por la entidad².

Adicionalmente conforme al artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Instituto a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que me llegare asignar el ICBF, una vez inicie la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II y/o en el SIGEP.

Conforme lo manifestado en el estudio previo respecto de la procedencia de la consulta en el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, autorizo de manera previa, expresa y escrita a que se realice la consulta correspondiente, cuando se configuren las circunstancias descritas en la Ley 1918 de 2018 y el decreto 753 de 2019 o norma que la modifique o sustituya.

Finalmente, manifiesto mi voluntad afiliarme al Sistema de Riesgos Laborales de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, por lo tanto, autorizo a la Entidad para adelantar los trámites requeridos para mi Afiliación al Sistema de Riesgos Profesionales una vez celebrado el respectivo contrato.

Cordialmente

Firma del futuro contratista:	
Nombre del proveedor o futuro contratista:	
Tipo y número de documento futuro contratista:	Cedula: 10812397052

² Correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co, línea gratuita Nacional: (57) 01 8000 91 80 80 y en Bogotá (571) 437 76 30, atención en el Chat virtual disponible de lunes a domingo, 24 horas en www.icbf.gov.co y servicio de Video llamada de lunes a viernes de 7:00 AM a 7:00 PM en jornada continua en www.icbf.gov.co.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL MARCO DEL CONTRATO CELEBRADO ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR Y LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO.

Entre los suscritos, por una parte **PAHOLA AGUIRRE LOSADA**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.347.141 de Campoalegre (Huila), actuando en calidad de representante legal de la **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO**, con NIT.901.496.702-9, quien para efectos de este contrato se denomina **EL CONTRATANTE** y por la otra **NORY SHIRLEY GONZÁLEZ ORDÓÑEZ**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.081.397.052 de La Plata (Huila), obrando en nombre y representación propia, quien para efectos legales del presente contrato se denomina **EL CONTRATISTA**, hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por el siguiente clausulado previo las siguientes consideraciones:

CONSIDERACIONES

1. Que la FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO celebró contrato de aporte con el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR -ICBF-, el cual tiene como objeto 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.
2. Que, en el marco de dicho contrato, la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO debe adelantar el proceso de vinculación de talento humano, para el desarrollo del objeto del contrato de aporte con total discrecionalidad, observando y atendiendo los perfiles suministrados previamente por el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF.
3. Que el personal contratado no tiene o tendrá vínculo laboral o contractual alguno con el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF, en tanto el presente contrato es suscrito por la Fundación en calidad de CONTRATANTE y el CONTRATISTA con ocasión a la prestación de sus servicios como profesional, sin que pueda entenderse subordinación o prestación de servicio alguno a favor del ICBF.
4. Que los términos utilizados en este documento tendrán el significado corriente y usual que ellos tienen en el lenguaje técnico correspondiente, o en el natural y obvio según el uso general de los mismos, salvo que se encuentren expresamente definidos de otra forma en el texto del presente documento. En todo caso, la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO tendrá amplias facultades para interpretar y aplicar el sentido y alcance de los términos y cláusulas contenidas de este contrato.

En el marco de ejecución del presente contrato de prestación de servicios **EL CONTRATISTA** declara:

1. Que la información que el CONTRATISTA ha proporcionado a EL CONTRATANTE, sobre sus condiciones, calificaciones y trayectoria profesional, son veraces y precisos.
2. Que el CONTRATISTA conoce plenamente las condiciones generales y específicas de contratación bajo la modalidad de Prestación de servicios, encomendada mediante el presente contrato, y que se considera apto para desempeñar dichas actividades con la dedicación, esmero, eficiencia y recursos requeridos.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

3. Que el CONTRATISTA se obliga a acatar la reglamentación interna de la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, en todo aquello que le sea aplicable en su categoría de CONTRATISTA y en virtud del presente contrato.
4. Que el CONTRATISTA informa a EL CONTRATANTE que cuenta con su disponibilidad de tiempo para el desarrollo de sus obligaciones contractuales.
5. Que el CONTRATISTA conoce la naturaleza jurídica de la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO como entidad sin ánimo de lucro, y acepta las condiciones que por ende se aplican a este contrato.
6. Que el CONTRATISTA no ha transferido ni ofrecerá a ningún empleado o directivo de la FUNDACIÓN SÓCIAL YO TE CUIDO ni a ningún tercero, algún beneficio directo o indirecto que se derive del presente contrato o de la concesión del mismo.
7. Que el CONTRATISTA acatará todas las leyes, ordenanzas y reglamentos vigentes en el cumplimiento de las obligaciones dimanantes de este CONTRATO.
8. Que el CONTRATISTA no ha sido inhabilitado por autoridad competente para el ejercicio de su profesión y tampoco registra inhabilitación alguna por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018. para lo cual autoriza desde ya a EL CONTRATANTE consultar cada tres meses en las bases de datos de la Policía Nacional.
9. Que el CONTRATISTA se compromete a respetar las normas éticas más estrictas en la ejecución del presente contrato, lo que incluye la no realización de prácticas discriminatorias o de explotación o la aplicación de cualquier práctica contraria a los derechos enunciados en la convención sobre los derechos del niño.
10. Que el precio total que se estipula en el clausulado de este contrato constituirá la única contraprestación por concepto de honorarios en relación con el mismo. EL CONTRATISTA no aceptará en beneficio propio ninguna comisión comercial, descuento o retribución similar relacionada con las actividades emprendidas en la aplicación del presente contrato o el cumplimiento de sus obligaciones en virtud del mismo.

Teniendo en cuenta lo anterior y de conformidad con su legítima voluntad el CONTRATISTA ha decidido aceptar el presente contrato, con todos y cada uno de los elementos que lo componen, conviniendo el siguiente:

CLAUSULADO

PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA se compromete con EL CONTRATANTE a prestar de manera diligente y con plena autonomía, sus servicios profesionales como Psicólogo en el contexto y desarrollo del Contrato de Aporte celebrado entre el ICBF y la Fundación Social Yo te Cuido que tiene como objeto “BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS 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 EN LA REGIONAL HUILA.”

SEGUNDA. OBLIGACIONES. Para una adecuada ejecución del presente contrato y conforme al plan y los requerimientos señalados por EL CONTRATANTE, EL CONTRATISTA se obliga a:

1. Realizar las valoraciones, seguimientos, intervención, diagnóstico, acompañamiento psicológico y apoyo al desarrollo del Plan de Caso y el proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello asegurando el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
2. Desarrollar procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos. En lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, participando en el proceso estipulado en el manual operativo de la modalidad de acuerdo a su perfil profesional.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

3. Brindar atención integral como profesional de psicología, para la protección inmediata a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad Hogar Sustituto.
4. Realizar dentro de las 48 horas siguientes el ingreso a la modalidad, valoración inicial en psicología, evidenciando la atención de cada niño, niña y adolescente atendido y entregado.
5. Realizar informes psicológicos a cada niño, niña o adolescente ubicado en la modalidad de hogar sustituto, evaluando y analizando el estado emocional y psicológico del niño, niña o adolescente.
6. Valorar en cada uno de los Niños, Niñas y adolescentes, implementando un examen de valoración integral.
7. Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas requeridos por la Fundación.
8. Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.
9. Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad hogar Sustituto
10. Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
11. Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a su perfil profesional.
12. Cumplir las especificaciones técnicas de calidad contempladas en los Lineamientos Técnicos y Manuales Operativos de la Modalidad.
13. Participar activamente en todos los procesos de cualificación que resulten de la articulación del ICBF con las entidades territoriales como cursos, seminarios, diplomados y similares.
14. Cumplir con cada uno de los estándares y verificadores de los mismos, establecidos en el Instrumento de Verificación para la modalidad, en relación con su rol.
15. Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contempladas en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos.
16. Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
17. Participar activamente en todos los procesos de cualificación que resulten de la articulación del ICBF con las entidades territoriales como cursos, seminarios, diplomados y similares.
18. Cumplir con los roles y responsabilidades establecidos en el SG-SST por la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO.
19. Entregar copia del examen médico pre ocupacional conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, el cual será requisito para realizar el primer pago.
20. Deberá garantizar la disponibilidad de herramientas tecnológicas como (Equipo portátil y/o computadora de escritorio, cámara web y Smartphone, con una conexión a internet óptima para realizar las obligaciones estipuladas durante la ejecución del presente contrato.
21. El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE, además de las obligaciones que le impone la Ley a actuar con ética y moral mientras persista la relación contractual con la Fundación y a asistir a todas y cada una de las reuniones que convoque EL CONTRATANTE, siempre que las mismas tengan relación directa o indirecta con el objeto desarrollo y las obligaciones del presente contrato.
22. Las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y objeto del contrato.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

TERCERA - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: Son obligaciones del contratante:

1. Pagar a **EL CONTRATISTA**, como contraprestación de los servicios prestados, la suma pactada en calidad de honorarios.
2. Prestar a **EL CONTRATISTA** la colaboración que sea necesaria, poniendo a disposición los medios requeridos por **EL CONTRATISTA** con el fin de cumplir cabalmente el objeto de este.
3. Poner a disposición de **EL CONTRATISTA**, de manera inmediata y precisa, la información y documentación que este considere necesaria para el buen desarrollo del contrato.
4. El contratante deberá facilitar el acceso a sus instalaciones a **EL CONTRATISTA** de ser necesario.

CUARTA. VALOR Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es de **TRECE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$13.346.667) M/CTE**, los cuales serán pagados en las siguientes cuotas y meses:

Mes	Valor
Diciembre	\$ 146.667,00
Enero	\$ 2.200.000,00
Febrero	\$ 2.200.000,00
Marzo	\$ 2.200.000,00
Abril	\$ 2.200.000,00
Mayo	\$ 2.200.000,00
Junio	\$ 2.200.000,00
Total Contrato	\$ 13.346.667,00

Dentro de los últimos cinco (5) días calendarios del mes a cobrar **EL CONTRATISTA** deberá presentar con su cuenta de cobro los siguientes documentos: **a).** Un informe detallado de las actividades desarrolladas en cumplimiento del contrato. **b).** Planilla de pago de Seguridad Social (Salud, Pensión y ARL riesgo I) del mes correspondiente y para la cancelación del último pago deberá responder por todo el material no fungible que se le hizo entrega para el desarrollo de las actividades y el fungible sobrante. **PARÁGRAFO 1º:** Radicado el informe de ejecución, el **CONTRATANTE** contará con un término de **tres (3)** días calendarios para realizar las observaciones a las que tenga lugar para que en el menor tiempo posible **EL CONTRATISTA** subsane su informe y se proceda a realizar el pago correspondiente; si transcurrido el termino anteriormente señalado, no existe manifestación por parte del **CONTRATANTE** la cuenta de cobro se entenderá aceptada a entera satisfacción de las actividades realizadas durante el mes de ejecución. **PARÁGRAFO 2º.** El valor del contrato se pacta por el sistema de precio unitario sin formula de reajustes, por consiguiente, su valor comprende y remunera la totalidad de las actividades y/o suministros que sean necesarios para su ejecución, de conformidad con lo pactado e incluye los costos directos e indirectos relacionados con aquella.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

QUINTA. TERMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO. El plazo para la ejecución del presente contrato se establece a partir del treinta (30) de diciembre de 2024 hasta el treinta (30) de Junio del 2025. Cualquier modificación o prórroga que se quiere hacer del plazo aquí establecido deberá ser acordado por las partes y constar por escrito. **PARÁGRAFO:** No obstante, el plazo aquí estipulado, en el evento que por parte de EL CONTRATISTA se presente incumplimiento de cualquiera de las obligaciones u objeto del contrato por causas imputables a este, EL CONTRATANTE podrá dar por terminado el presente contrato de manera inmediata, sin lugar a indemnización alguna.

SEXTA. LUGAR Y FORMA DE LA EJECUCIÓN. EL CONTRATISTA se obliga a prestar sus servicios personales, en la sede administrativa y/o sucursal de la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, así como en los departamentos, municipios y lugares en donde se ejecute el contrato de aporte, teniendo en cuenta las actividades programadas para la modalidad. **PARÁGRAFO 1°.** EL CONTRATANTE de acuerdo a sus necesidades, podrá cambiar y ajustar los horarios de las actividades cuando lo estime conveniente informando con antelación sobre dicho cambio al CONTRATISTA. **PARÁGRAFO 2°.** EL CONTRATISTA presentará con la firma del contrato y por escrito su disponibilidad de tiempo y el horario que éste dispone para la ejecución de las actividades propias del contrato, dejando claro que dicho horario es aportado por el mismo CONTRATISTA y éste no genera ningún tipo de subordinación.

SÉPTIMA. SEGURIDAD SOCIAL. A la firma del presente contrato EL CONTRATISTA, por su cuenta y riesgo debe estar afiliado a un fondo de pensiones obligatorias, a una EPS, y a una ARL de su elección como trabajador independiente. **PARÁGRAFO 1°:** EL CONTRATISTA se obliga a presentar mes a mes la correspondiente planilla integrada de liquidación de aportes debidamente pagada **PARÁGRAFO 2°:** En caso de incumplimiento a su deber de pago al sistema Integrado de Seguridad Social o de comprobarse cualquier hecho de fraude o falsedad en los soportes que presente, se dará por terminado el contrato asumiendo la responsabilidad EL CONTRATISTA de las sanciones y repercusiones legales a las que éste hecho diera lugar.

OCTAVA. HABEAS DATA: En aplicación de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que regulen el habeas data, el contratista autoriza de manera voluntaria, previa, explícita e informada a través de este clausulado al contratante, quien conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar los datos personales que suministre con ocasión de esta relación contractual y los cuales serán usados para los fines relacionados con su objeto social y en especial para los fines legales, contractuales o comerciales que se requieran. Así mismo, el contratista autoriza realizar los estudios de seguridad, visita domiciliaria, u consulta a centrales de riesgo durante la vigencia del presente contrato con el fin de mantener el proceso de seguridad con la Fundación.

NOVENA - INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía, y no estará sometido a subordinación laboral con el CONTRATANTE, y sus derechos se limitarán a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATO y el pago de los honorarios pactados en el presente contrato. **PARÁGRAFO:** Por motivos de seguridad y de acuerdo



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

al sitio donde se ejecute el presente contrato se entrega identificación CONTRATISTA, en su calidad de prestador de servicios, documento que para ningún efecto constituirá reconocimiento de vínculo laboral alguno para con el CONTRATANTE, ni tampoco subordinación.

DÉCIMA. DERECHOS PATRIMONIALES Y DERECHOS DE EXPLOTACION: Se entiende que, en virtud del presente contrato opera la cesión en forma exclusiva, de los derechos patrimoniales o de explotación de los resultados que se generen en la ejecución del mismo, de una manera total y sin limitación alguna por todo el tiempo de protección legal del derecho de autor o de la propiedad industrial, con alcance mundial. Se respetará el derecho moral de autor o inventor y demás titulares de derechos conforme a la normatividad colombiana vigente. En virtud de lo anterior, EL CONTRATANTE adquiere los derechos exclusivos de uso, reproducción, fabricación, adaptación, explotación, transformación, distribución, comercialización, traducción, disposición, exportación, edición, comunicación pública y en general cualquier derecho o forma de explotación o uso de los resultados por cualquier medio, sin que por ello haya lugar a pago alguno a favor de EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO 1º.** EL CONTRATANTE podrá utilizar los resultados parciales y los productos resultantes de la ejecución del contrato, para adaptarlos e incluirlos en cualquier clase de producto que considere necesario. **PARÁGRAFO 2º.** EL CONTRATISTA declara que para la ejecución del presente contrato respetará los derechos de propiedad intelectual de terceros o de EL CONTRATANTE, manteniendo en todo caso indemne a éste ante futuras reclamaciones.

DÉCIMA PRIMERA - CLÁUSULA PENAL: En caso de incumplimiento de las obligaciones derivadas de este contrato por parte del CONTRATISTA por causas imputables a este, dará derecho al CONTRATANTE a exigirle el pago de una suma equivalente al veinte (20%) del valor total del contrato a título de pena, sin que esta extinga la obligación de cumplir con el objeto del contrato y sin que implique renuncia por parte del CONTRATANTE de reclamar los demás perjuicios que con el incumplimiento se le causaren.

DÉCIMA SEGUNDA - CESIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA no podrá ceder parcial ni totalmente el presente contrato, salvo autorización previa y expresa del CONTRATANTE.

DÉCIMA TERCERA - COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD: Queda entendido que la información y/o documentos que el CONTRATANTE entregue a EL CONTRATISTA son confidenciales y su uso se limita al objeto de este contrato, comprometiéndose éste a utilizarlos única y exclusivamente en el desarrollo del contrato sin darlos a conocer a terceros ajenos a EL CONTRATANTE, respondiendo por los perjuicios que llegare a ocasionar con el uso indebido que se le dé a la información suministrada. En consecuencia, EL CONTRATISTA adquiere el compromiso de tomar todas las precauciones necesarias para garantizar la confidencialidad del material e información al que tenga acceso. Para asegurar el cumplimiento de este compromiso, EL CONTRATISTA se compromete a devolver de inmediato todos los documentos que el CONTRATANTE le haya facilitado para la prestación de sus servicios, en la medida en que su consulta ya no resulte necesaria en el desarrollo del objeto aquí convenido.



FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

NIT: 901496702-9

Cel. 3123934188

DÉCIMA CUARTA – TERMINACIÓN: El presente contrato podrá terminar por alguno de los siguientes eventos: **a)** vencimiento del plazo sin que las partes, por mutuo acuerdo y por escrito, manifiesten su intención de prorrogarlo; **b)** decisión unilateral de EL CONTRATANTE; **c)** por mutuo acuerdo entre las partes, lo cual deberá constar en acta de terminación; **d)** por incumplimiento de EL CONTRATISTA de alguna de las obligaciones por causas imputables a este. **e)** Por inhabilidad sobreviniente del contratista.

DÉCIMA QUINTA - DOMICILIO CONTRACTUAL: Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Neiva - Huila.

DÉCIMA SEXTA – MODIFICACIONES: Cualquier modificación a los términos y condiciones del presente contrato deberá ser acordada entre las partes y requerirá de un “otrosí” firmado por ellas.

DÉCIMA SÉPTIMA – EFECTOS JURÍDICOS: El presente contrato reemplazará en su integridad y deja sin efecto alguno, cualquier otro acuerdo verbal o escrito celebrado con anterioridad entre las partes sobre el mismo objeto.

DÉCIMA OCTAVA – PERFECCIONAMIENTO: El Contrato se entenderá perfeccionado por la suscripción del mismo por las partes.

De conformidad con lo anterior, se suscribe el presente contrato en dos ejemplares del mismo tenor, en Neiva – Huila, a los 30 días del mes de diciembre del año 2024.

EL CONTRATANTE

EL CONTRATISTA

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA

CC. No. 36.347.141 de Campoalegre (H)
R.L. Fundación Social Yo te Cuido

Shirley González

NORY SHIRLEY GONZÁLEZ ORDÓÑEZ

CC. No. 1.081.397.052 de La Plata (H)

Referencia Bancaria

Jueves, 18 de abril de 2024

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NORY SHIRLEY GONZALEZ ORDOEZ identificado(a) con CC 1.081.397.052, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84566468394	2024/04/18	ACTIVA

* **Importante** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01500 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 595 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

le estamos poniendo el alma

Bancolombia 

Bancolombia se reserva el derecho de suscribir permisos y de sus productos financieros mediante vínculos de correo electrónico. Evite así recibir alguna replicata de este dato o correo electrónico. banco@bancolombia.com



INDUCCIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO
modalidad Hogar Sustituto.

1. DATOS DEL COLABORADOR QUE BRINDA LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL PROFESIONAL Paola Andrea Marin
CARGO Coordinadora
PROCESO Induccion - Reinduccion

2. DATOS DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA INDUCCIÓN

NOMBRE DEL CONTRATISTA Nory Shirley Gonzalez Ordoñez
CARGO Psicologa
PROCESO Reinduccion
TIPO DE CONTRATO Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestacion de servicios ☒

3. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

☐ Ingreso de personal nuevo Reemplazo ☐ Traslado ☐ Ascenso ☐
☒ Nuevo contrato para el mismo cargo o cargo diferente

Duración de la induccion: Fecha 29-12-2024

ÍTEM	TEMAS	ACTIVIDADES A REALIZAR	VALIDACION DE LA EFICACIA (Diligenciar con el jefe cinco (5) dias despues de haber recibidola la inducción al puesto de trabajo)	
			Fecha validación:	
			¿La explicación dada fue suficiente para realizar la actividad?	
			SI	NO
1	Propuesta de implementacion y cualificacion	Jornada de induccion presencial en la cual se lleva a cabo proceso de socializacion de la informacion relacionada con la atencion en la modalidad Hogar sustituto. Este proceso se realiza debido al contrato por prestacion de servicios y fortalecimiento de sabere a fin de cualificar el proceso de atención de los niños, niñas y adolescentes.	x	
2	Lineamientos, manuales operativos y guias del ICBF, frente al poceso de atencion de la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto		x	
3	manual de funciones		x	
4	cronogramas de actividades		x	
5	codigo etico		x	
7	Direccionamiento estartegico fundacion social yo te cuido		x	
7	trabajo en equipo, buen trato		x	

ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Se socializaron los procedimientos, protocolos y formatos? SI ☒ NO ☐ NA ☐
¿Se socializaron los manuales propios del proceso? SI ☒ NO ☐ NA ☐
¿Se socializó la normatividad de la empresa y/o del proceso? SI ☒ NO ☐ NA ☐
¿Recibió inducción general? SI ☒ NO ☐ NA ☐
¿Las funciones a realizar fueron comprendidas? SI ☒ NO ☐ NA ☐
¿Fue presentado ante sus compañeros de trabajo? SI ☒ NO ☐ NA ☐

Nota: El personal que realice reemplazos, deberá diligenciar el formato FT-ATH-01-011 Cumplido de reemplazo

Quien realiza la inducción

Quien recibe la inducción

YUDY PAOLA AGUIRRE

Quien realiza la verificación (Jefe)



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CALDERON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FALLA	NOMBRES GERALDINE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.077.877.059	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 24 MES 11 AÑO 1998 DEPTO HUILA MUNICIPIO GARZON	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA LAS VEGAS PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA MUNICIPIO GARZON TELÉFONO 3224023025 yeraldicalderon3@gmail.com	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)												
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2015	
EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA), ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD), RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).												
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO				TERMINACIÓN MES AÑO			No. DE TARJETA PROFESIONAL	
TL	TODOS	x		GESTION DOCUMENTAL				2 0 1 8				
UN	3		X	ADMINISTRACION PUBLICA TERRITORIAL								
ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)												
IDIOMA				LO HABLA R B MB			LO LEE R B MB			LO ESCRIBE R B MB		

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.					
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS			X	COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
HUILA	GARZON				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
6466060	DÍA 27 MES 03 AÑO 2017		DÍA 10 MES 04 AÑO 2018		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
AUXILIAR ADMINISTRATIVA			AV 100 #11B-67		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
EL PASTUSO 2			X	COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
HUILA	GARZON				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
3124693922	DÍA 05 MES 04 AÑO 2020		DÍA 06 MES 10 AÑO 2020		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
MAXPISO			X	COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
HUILA	GARZON				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
3123601469	DÍA 23 MES 06 AÑO 2024		DÍA 27 MES 10 AÑO 2023		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
ADMINISTRADORA DE VENTAS					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
	DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
AUXILIAR ADMINISTRATIVO		13
CAJERA		6
ADMINISTRADORA DE VENTAS		14

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☒ ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.077.877.059

CALDERON FALLA

APELLIDOS

GERALDINE

NOMBRES

GERALDINE CALDERON FALLA

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1998

GARZON
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

26-ENE-2017 GARZON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CASTAÑO VÁSQUEZ



P-1933400-00884313-F-1077877059-20170218

005371863A3

47746771



La República de Colombia
y en su nombre

La Institución Educativa Agropecuaria del Huila

Mesón - Providencia - Garzón - Huila

Creada mediante Decreto No. 1496 de 2002, Aprobación de estudios
Resolución No. 3952 de Octubre 31 de 2012, Reconocimiento
Decreto No. 4532 del 8 de Octubre de 2015.

Confiere a:

Geraldine Calderón Falla

C.E. 981124-04759

El Título de:

Bachiller Técnico

Con Especialidad Producción Agropecuaria

Por haber concluido el Plan de Estudios, alcanzado los objetivos de
formación y adquirido los reconocimientos legales o
reglamentarios definidos

Acta General de Graduación No. 027 Folio No. 49 del Libro 01
del 30 de Noviembre de 2015



Miguel Ramírez
C.E. 83.087.027 de Camponogre (B)
Rector

Carlos Roberto Ruiz Lora
C.E. 12.193.060 de Garzón, (B)
Secretario

Dado en el Mesón, municipio de Garzón a los 30 días del mes de Noviembre de 2015

Este diploma no necesita ser registrado en la Secretaría de Educación



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

GERALDINE CALDERON FALLA

Con Cedula de Ciudadania No. 1077877059

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

TECNÓLOGO EN

GESTIÓN DOCUMENTAL

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Garzón,
a los nueve (9) días del mes de agosto de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por
MIGUEL ALIRIO ARGOTE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
HUILA - GARZON - COLOMBIA
MIGUEL ALIRIO ARGOTE

Subdirector de Centro CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA
REGIONAL HUILA

34777640 - 09/08/2018

No y FECHA REGISTRO



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:49:09 AM horas del 28/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1077877059**

Apellidos y Nombres: **CALDERON FALLA GERALDINE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25
barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm
a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Presidencia de la
República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.





[RADIQUE AQUÍ CONCILIACIONES ADMINISTRATIVAS](#)

¿ Cuanto es 5 + 3 ?

8

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) GERALDINE CALDERON FALLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1077877059.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: viernes, febrero 28, 2025 - Hora de consulta: 10:52:48

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales de la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de elección popular.

[Privacidad](#) - [Términos](#)

OTRAS ENTIDADES



Procuraduría General de la Nación



Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia
Código Postal: 11032
Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua
Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808
Contáctenos:

Sede Electrónica

[RADIQUE AQUÍ CONCILIACIONES ADMINISTRATIVAS](#)

[Twitter](#)

[Instagram](#)

[Facebook](#)

[Mapa del sitio](#)

[Políticas de protección de datos](#)

[Políticas](#)



LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 28 de febrero de 2025, a las 10:50:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1077877059
Código de Verificación	1077877059250228105045

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



Firma mecánica de la Contraloría Delegada para Responsabilidad Fiscal, Intervención Judicial y Cobro Coactivo.



DIAN



No hay agendas disponibles

Aceptar



FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA SANITAS
ORGANIZACIÓN **SANITAS** INTERNACIONAL

A QUIEN PUEDA INTERESAR

LA GERENTE DE COMPENSACIÓN OSI

HACE CONSTAR

Que GERALDINE CALDERON FALLA, identificad con la cédula de ciudadanía No. 1077877059, laboró para FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS con Nit 830113458 - 6 desde el 27 de marzo de 2017, hasta el 10 de abril de 2018 con un contrato a término , APRENDIZA través de un contrato de aprendizaje con el SENA.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá D. C., a los diez (10) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018) .

SANDRA YANIRA OCAMPO SARMIENTO

Esta certificación es válida solo por 30 días a partir de su expedición, la verificación de estos datos, puede ser realizada en los teléfonos: Bogotá (1) 6469060 Ext. 5711531 o 5711532 o 5711540 o 5711583; Cali (2) 6607000 Ext. 5723052 o 5723088; Barranquilla (4) 3360650 Ext. 5750008 o 5750009; Medellín (5) 4449544 Ext. 5740022 o 5740070; Bucaramanga (7) 6851051 Ext. 5770007 o 5770012

LISTADO DE CHEQUEO TALENTO HUMANO VINCULADO

Nombre: LAURA ALEJANDRA FERNANDEZ SOTO		Perfil: PSICOLOGA		
Tipo de Contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS CC: 1077873295		Fecha de Inicio: 1/04/2024		
No.	DETALLE	SI	NO	N/A
1	Hoja de vida actualizada en el formato de la Función Pública SIGEP y verificada por la Entidad - (Si aplica).	Y		
2	Certificado de estudios (capacitaciones, diplomados, seminarios, talleres entre otros).	Y		
3	Certificado de experiencia	Y		
4	Copia de la cédula de ciudadanía / cédula de extranjería / (en caso de extranjeros presentar visa de trabajo)	Y		
5	Consulta certificado de Antecedentes Disciplinarios de la persona natural (Procuraduría).	Y		
6	Consulta certificado de antecedentes de Responsabilidad Fiscal de la persona natural (Contratoría).	X		
7	Consulta certificado de antecedentes judiciales	X		
8	Consulta del Sistema Registro Nacional de Medidas Corredivas RNMC- de la Policía Nacional (Inicial y con actualización trimestral)	Y		
9	Formato Autorización consulta de inhabilidades por Delitos Sexuales-Contratistas, firmado (Inicial y con actualización cada 4 meses) (Formato F4 P5 ABSI revisar la pagina de ICBF)	X		
10	***Consulta y certificado de inhabilidades por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes. (Inicial y con actualización cada 4 meses)	Y		
11	Copia del RUT para personas naturales y jurídicas.	Y		
12	Copia del último pago de aportes en salud y pensiones en caso de personas naturales. En caso de nuevos contratistas con el estado, certificación de afiliación vigente a EPS, AFP y ARL (y demás si aplica)	X		
13	Copia de examen pre-ocupacional para personas naturales.	X		
14	Copia de la tarjeta profesional o de Registro profesional o tecnológico (cuando el ejercicio de la profesión o de la tecnología lo exijan) (en caso que aplique).	X		
15	Certificado vigente de registro y de los antecedentes disciplinarios de la profesión o de la tecnología (en los casos que corresponda, según la normatividad vigente).	Y		
16	Copia de la Libreta militar o certificación que acredite tener resuelta la situación militar (Excepto para hombres mayores de cincuenta años). (En caso que aplique).		X	
17	Proceso de Selección: Soportes, si se selecciona continua documentos	Y		
18	Manual de funciones del cargo	X		
19	Código Ético de la Entidad	X		
20	Compromiso de tiempo de dedicación de la Entidad	X		
21	Formato Compromiso de Confidencialidad de Información -Contratista de la Entidad	X		
22	Autorización tratamiento datos personales... de la Entidad	X		
23	Contrato	Y		
24	Certificado Bancario	Y		
25	Inducción inicial y re inducción periódica.	Y		
26	Planilla de pago a Salud, Pensión y ARL (y demás si aplica)	X		
27	Soportes de Pago			

Judy Barragán
Nombre y firma de quien verifica

HOJA DE VIDA ACTUALIZADA

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO

3

EXPERIENCIA LABORAL

ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
HUILA	GARZÓN		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DIA 1 MES 4 AÑO 2024	DIA 29 MES 12 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PSICOLOGA	MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO ICBF	CALLE 7 N. 2 E - 0 3 BARRIO SANTA CLARA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Corporacion huellas de amor para tu vida CORHUELLAS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Huila	La Plata	corhuellasmervida@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3124541272	DIA 1 MES 4 AÑO 2023	DIA 15 MES 12 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Apoyo psicosocial	Primera infancia ICBF	Carrera 4 N. 6 75 2do piso/ Pitalito Huila	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Corporacion Nutricion, Salud y Bienestar NSB de Colombia		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Huila	La Plata	contactenos@corporacionnsb.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DIA 18 MES 3 AÑO 2022	DIA 31 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Apoyo psicosocial	Primera infancia	Calle 4 N. 10 11 Barrio Aliso Neiva.	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Colegio Liceo Chanel		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Tolima	Ibague		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
2682694	DIA 1 MES 2 AÑO 2021	DIA 30 MES 11 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicologa		Cra 5a N. 68-40 Niza Norte	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Colegio Liceo Chanel		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Tolima	Ibague		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
2682694	DIA 1 MES 2 AÑO 2020	DIA 30 MES 11 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicologa		Cra 5a N. 68-40 Niza Norte	



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Fernandez	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA Soto	NOMBRES Laura Alejandra	
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ 1.077.873.295	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD Colombia	PAÍS
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE	LIBRETA MILITAR Nº D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 05 MES 11 AÑO 86		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra. 4 N. 3 - 77 Barrio San Cayetano	
PAÍS Colombia	DEPTO Cundinamarca	PAÍS Colombia	DEPTO Huila
MUNICIPIO Bogota D.C.	MUNICIPIO Garzón Huila	TELÉFONO 3222384509	EMAIL laurafernandezsoto@outlook.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS 1º. A 6º. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 8º. A 11º. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											FECHA DE GRADO
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1º.	2º.	3º.	4º.	5º.	6º.	7º.	8º.	9º.	10º.	11º.	MES Diciembre
											6
											AÑO 2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DEIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER) DDC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		Psicología	10	2020	219284

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL, QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B), O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLES									
FRANCES									

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 196 de 1.895, 488 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS FORME ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 56 DE LA LEY 199/95).

CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: C. Garzon hulla, 08 de enero del 2024

Santa Fernández Soto
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

CERTIFICADO DE ESTUDIOS

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Laura Alejandra Fernandez Soto
CE No. 1.077.873.295

*Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de*

Psicóloga

en testimonio se firma y sella este diploma



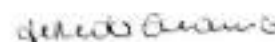
Consejo de Fundadores



Rector UVD



Rector General



Secretario General



Presidencia Institución otorgada por
resolución 18345 del 1 de agosto de 1998.
Ministerio de Educación Nacional

República de Colombia

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verifique sus Secretos

Edificio 700 del Centro de Negocios No. 918
Barranquilla, 17 de octubre de 2020
No. 1.10804

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 183

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO,

Certifica:

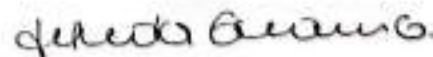
*Que en el municipio de Garzón, departamento de Huila; el día diecisiete (17) de Octubre de dos mil veinte (2020), la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Psicóloga** a **Laura Alejandra Fernandez Soto** con cédula de ciudadanía No. **1.077.873.295** quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No **130804** que la acredita como tal, registrado en el Folio **789** del Libro No. **010** de Registro de Títulos expedidos por la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**.*

*La **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO** está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES 91141 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.*

En constancia de lo anterior se firma en el municipio de Garzón, departamento de Huila; el día diecisiete (17) de Octubre de dos mil veinte (2020).



Alvaro Campo Cabal
Rector UVD



Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General





La República de Colombia
y en su nombre la
Institución Educativa
"Simón Bolívar"

Garzón - Huila

Creada mediante Decretos No. 1502 del 26 de noviembre de 2002, 0571 del 4 de junio de 2003 y Reconocimiento Oficial por parte de la Secretaría de Educación del Departamento del Huila según Resolución No. 2598 del 24 de julio de 2012, en concordancia con lo estipulado en la Ley 115 de 1994, Decreto 1290 del 16 de abril de 2009 y Acuerdo No. 010 del 7 de junio de 2012

Confiere a:

Laura Alejandra Hernández Soto

Identificado (a) con C.I. N°. 961105-12217 de Garzón, Huila

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes



Rosalba Burbano Cueva
C.E. N°. 26.564.832 de San Agustín
Rectora

Lidy Parra Quiéres
C.E. N°. 33.002.334 de Garzón
Secretaría Académica

Acta General de Graduación No. 155

Folio N°. 023 del libro de Registro Interno de Diplomas No. 7

Dado en Garzón Huila, a los 6 días del mes de diciembre de 2013

No requiere registro de la Secretaría de Educación del Huila, según Decreto 021 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República



Institución Educativa Simón Bolívar

Garzón - Huila

Insc. S.E. C-1129113-136

Inscripción Dane: N°. 141298/00019

Nit: 891.180.109-8

Código Jefes: Jornada Mañana N°. 010009

Código Jefes: Jornada Tarde N°. 010017

Acta Individual de Graduación

En Garzón Huila, a los 6 días del mes de diciembre de 2013, se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos de último Grado, las suscritas Rectora y Secretaria, en la Rectoría de la Institución Educativa Simón Bolívar, Institución Creada mediante Decretos No. 1302 del 26 de noviembre de 2002, 0371 del 4 de junio de 2003 y Reconocimiento Oficial por parte de la Secretaría de Educación del Departamento del Huila según Resolución No. 2598 del 24 de julio de 2012, en concordancia con lo estipulado en la Ley 115 de 1994, Decreto 1290 del 16 de abril de 2009 y Acuerdo No. 010 del 7 de junio de 2012.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica y de acuerdo con los conceptos emitidos por la Comisión de Evaluación y Promoción se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

Al Graduando cuyos nombres, apellidos e identificación, se relacionan a continuación:

Laura Alejandra Fernández Soto

I.D. No. 961103-12217 de Garzón, Huila

Es fiel copia tomada del Acta Original N°. 155 Folio No. 110 de fecha 6 de diciembre de 2013.

Cumplió con las 80 horas de Servicio Social y 30 horas de Constitución Política Colombiana.

Firmada y Sellada por: Rosalba Burbano Cleves (Rectora)
y Luz Dary Barreiro Gutiérrez (Secretaria Académica)

Dada en Garzón Huila, a los 6 días del mes de diciembre de 2013.

Rosalba Burbano Cleves

C.C. N°. 26.344.832 de San Agustín

Rectora

Luz Dary Barreiro Gutiérrez

C.C. N°. 33.042.334 de Garzón

Secretaria Académica

CERTIFICADO DE EXPERIENCIA

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO

	Formato de carta u oficio	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-0 - 01/08/2022	Página 1 de 2

Garzon (H), 30 de diciembre del 2024

LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO Nit. 901.496.702-9

CERTIFICA

Que el señor(a) **LAURA ALEJANDRA FERNANDEZ SOTO** identificada con CC.1.077.873.295 laboro con nosotros como Psicóloga de la modalidad Hogar sustituto en el en departamento del Huila , desde 01 de Abril del 2024 hasta el 29 de diciembre del año 2024, bajo un contrato por prestación de servicios, desempeñando las siguientes funciones:

1. Realizar las valoraciones, seguimientos, intervención, diagnóstico, acompañamiento psicológico y apoyo al desarrollo del Plan de Caso y el proceso de atención desde sus hitos: Prospectiva de Caso, gestión de caso y consolidación de cambio, todo ello asegurando el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.
2. Desarrollo de los procesos de fortalecimiento a madres y padres sustitutos. En lo que se refiere al proceso de conformación de nuevos Hogares Sustitutos, participar en el proceso estipulado en este manual, según la asignación de funciones de la fundación.
3. Brindar atención integral como profesional de psicología, para la protección inmediata a los niños, niñas y adolescentes ubicados en la modalidad Hogar Sustituto.
4. Realizar dentro de las 48 horas siguientes el Ingreso a la modalidad, valoración inicial en psicología, evidenciando la atención de cada niño, niñas y adolescente atendido y entregado.
5. Realizar informes psicológicos a cada niño, niña o adolescente ubicado en la modalidad hogar sustituto, evaluando y analizando el estado emocional y psicológico del Niño, Niña o Adolescente.
6. Valorar en cada uno de los niños, niñas y adolescentes, un examen mental, la apariencia, porte y actitud, la atención, la orientación, la conciencia, la sensopercepción, la memoria afectividad, el área cognitiva, adaptativa, el área sensorio y motriz, el área del lenguaje, social y académica y su plan de atención.
7. Realizar capacitaciones con el equipo de profesionales y las madres de cada hogar sobre temas varios.
8. Atender con amabilidad, confidencialidad, ética profesional y transparencia a cada usuario de la modalidad.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497

 <p>FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO</p>	Formato de carta u oficio	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-0 - 01/08/2022	Página 1 de 2

9. Mantener confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo de la modalidad hogar sustituto
10. Realizar los informes extraordinarios teniendo en cuenta los lineamientos técnicos administrativos del ICBF.
11. Asistir a los cursos, talleres, reuniones o grupos de estudio y trabajo programados por LA FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, o el ICBF de acuerdo a lo requerido para ejercer el cargo.
12. Realizar y garantizar el cumplimiento del componente modelo de atención contempladas en el lineamiento Técnico para la implementación del modelo de la atención de niños, niñas y adolescentes en las modalidades de restablecimiento de derechos
13. Asistir a las reuniones de equipos interdisciplinarios a los cuales sea citado por parte de las Defensorías de Familia.
14. Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

Para constancia se firma a solicitud del interesado, el día 30 de diciembre del año 2024.

Atentamente,



PAOLA ANDREA MARIN GONZALEZ
COORDINADORA

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3206193497



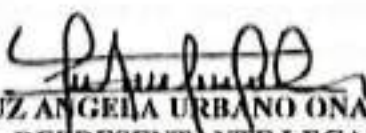
**LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN HUELLAS DE
AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS**

CERTIFICA

Que la señora **LAURA ALEJANDRA FERNANDEZ SOTO** identificada con cédula de ciudadanía número **1077873295**, estuvo vinculada mediante contrato de prestación de servicios como **PROFESIONAL PSICOSOCIAL** en la modalidad Centro de Desarrollo Infantil - CDI en el marco de la política pública de atención integral a la primera infancia en el municipio de La Plata - Huila, con el objetivo de potenciar el desarrollo integral de niñas y niños de primera infancia a través de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con estrategias pertinentes, oportunas y de calidad para el goce efectivo de los derechos; de conformidad con los lineamientos, el manual operativo, las directrices, parámetros y estándares establecidos por el ICBF; de acuerdo a los términos que se relacionan:

DURACION DEL SERVICIO	CALIDAD DEL SERVICIO	ESTADO DEL CONTRATO
Desde el 01 de abril de 2023, hasta el 15 de diciembre de 2023.	Persona proactiva, creativa, responsable, de buenas relaciones interpersonales, habilidad de liderazgo, capacidad para trabajar en equipo, dispuesta a asumir nuevos retos y responsabilidades. Habilidad de comunicación y capacidad de adaptación al cambio.	Terminado

Se expide a solicitud de la parte interesada en Pitalito - Huila, a los veintidós (22) días del mes de diciembre de 2023.


LUZ ANGELA URBANO ONATRA
REPRESENTANTE LEGAL



CORPORACIÓN NUTRICIÓN SALUD Y BIENESTAR
NSB DE COLOMBIA
 NI. 900.407.911-8

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN NUTRICIÓN
 SALUD Y BIENESTAR NSB DE COLOMBIA**

CERTIFICA QUE:

LAURA ALEJANDRA FERNANDEZ SOTO con cédula de ciudadanía número **1.077.873.295** expedida en Garzón Huila, laboró para la Corporación Nutrición, Salud y Bienestar de Colombia mediante contrato de trabajo de prestación de servicio, en el siguiente periodo:

FECHA		CONTRATO	UNIDAD DE SERVICIO
Desde marzo 18 de 2022	Hasta diciembre 31 de 2022	41001252022	CDI VILLA DE SAN SEBASTIAN Y CDI SONRISAS PLATEÑAS

Desempeñándose en el cargo de **APOYO PSICOSOCIAL**, en el desarrollo del Contrato de Aportes mencionado, cuyo objeto es "Prestar los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral en **Centros de Desarrollo Infantil - CDI**, de conformidad con el **Manual Operativo de la Modalidad Institucional**, el Lineamiento Técnico para la Atención a la Primera infancia y la directrices establecidas por el ICBF, en armonía con la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre".

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

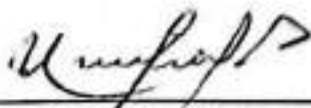
- Apoyar el diseño y aplicación de evaluación del desarrollo de los niños y niñas.
- Detección temprana de casos de problemas en el desarrollo y diseño de estrategias de apoyo para trabajar sobre factores de riesgo.
- Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación del proceso.
- Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades.
- Remisión a las autoridades competentes los casos de maltrato infantil.
- Dar capacitación en Detección e intervención de casos de violencia intrafamiliar y maltrato.
- Apoyar la construcción y aplicación del plan de formación de familias.
- Apoyar la construcción y aplicación del plan de formación al talento humano.

Sede principal. Calle 4 N° 10-11 Barrio Altico Neiva – Huila Teléfono 8641144 / 3208033640

- Dar apoyo a las familias que lo requieran para fortalecer sus competencias para la educación, crianza y cuidado de los niños y niñas.
- Liderar el proceso de caracterización de las familias de acuerdo a las herramientas entregadas por el ICBF para tal fin.
- Dar a conocer a las familias la ruta de atención en caso de vulneración de los derechos de las niñas y los niños.
- Innovar estrategias permanentes para mantener la motivación, alegría y amor por la institución o modalidad de atención integral.
- Evaluar el estado de pro actividad y motivación de las niñas y niños con la institución, los ambientes educativos, el talento humano.
- obrar con lealtad y buena fe en las distintas actividades a desarrollar, evitando dilaciones y entramientos tanto en cumplimiento de requisitos de ejecución como en desarrollo del contrato.
- Entregar oportunamente los documentos e información relacionada con los beneficiarios, en los tiempos estipulados por el contratante.
- Mantener reserva profesional sobre los asuntos o la información que le sea suministrada con motivo de la prestación de sus servicios.
- En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 282 de la Ley 100 de 1993, El Contratista deberá estar afiliado a un sistema de pensiones de los previstos por la ley y a un programa de asistencia médico quirúrgico y hospitalario y permanecer afiliado al mismo durante la vigencia del contrato.
- Cumplir con el objeto del contrato en la forma y tiempo pactado.
- Obrar con diligencia en los asuntos a él encomendados.
- Resolver las consultas propias del objeto contractual, con la mayor celeridad posible.
- Presentar los informes periódicos en las fechas asignadas que le sean solicitados, al igual de aquellos que sean requeridos en cualquier tiempo por el supervisor del contrato.

Dado en Neiva Huila, a solicitud del interesado, a los quince días (15) días del mes de diciembre del año 2022.

En constancia firma:



MARIA NAYBE FERIZ LONDOÑO

Representante Legal EAS - NSB

Cel. 320 803 36 40



LICEO CHANEL

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
SECRETARIA DE EDUCACION

Aprobado por la Secretaria de Educación, Resolución N°81-1910 de 1 de Diciembre de 2005 Cra. 5ª N° 68-40 Niza Norte
Tel. 2 682694 Ibagué-Tolima NIT. 38262436-1

Código DANE
173001007891

Registro educativo
20011802

LA SUSCRITA DIRECTORA

CERTIFICA QUE:

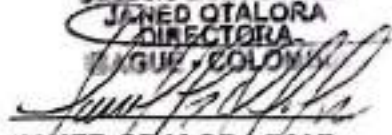
Que la señora **LAURA ALEJANDRA FERNANDEZ SOTO** identificada con cédula N° **1.077.873.295** de Garzón (Huila), laboró en esta Institución desde el 1 de febrero hasta el 30 de Noviembre del 2020 y desde el 1 de febrero hasta el 30 de noviembre 2021, desempeñándose como **PSICOLOGA**.

Destacándose por ser una persona responsable y cumplidora en sus deberes laborales.

Aprobado por Resolución N°81-1920 de 1 de Diciembre de 2006, Código del DANE: 373001007891.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado a los (04) días del mes de Marzo de 2022.

COLEGIO LICEO CHANEL
YANED OTALORA
DIRECTORA
IBAGUÉ - COLOMBIA


YANED OTALORA DIAZ.
Directora.

COPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

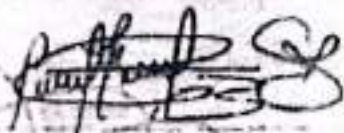
NUMERO **1.077.873.295**

FERNANDEZ SOTO

APELLIDOS

LAURA ALEJANDRA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-NOV-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

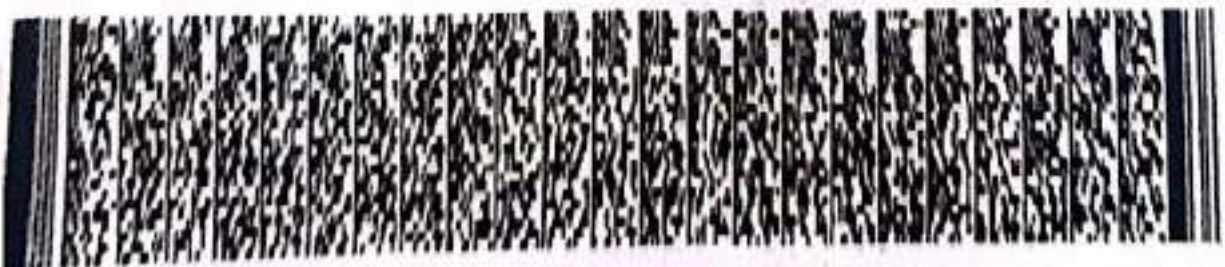
F

SEXO

24-DIC-2014 GARZON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



1 077873295 00150202

0043362451A 1

43248971

CONSULTA CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

FUNDACIÓN SOCIAL



YO TE CUIDO

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 260448154



PIB
17.08.51
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de diciembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LAURA ALEJANDRA FERNANDEZ SOTO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1077873295:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñan funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN:

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División de Relacionamento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 27 de diciembre de 2024, a las 16:49:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1077873295
Código de Verificación	1077873295241227164958

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1, Código Postal 111071, PBX 5187000 - Bogotá D.C.
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:51:20 PM horas del 27/12/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1077873295

Apellidos y Nombres: **FERNANDEZ SOTO LAURA ALEJANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado 4 75
- 25 barrio Modelo, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5156700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: djn@policia.gov.co
atc@policia.gov.co



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/12/2024 04:52:52 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1077873295**.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **107271260**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[Nueva Búsqueda](#)

[Imprimir](#)

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000 510112



[GOV.CO](#)

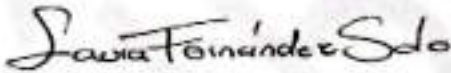
	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NINAS Y ADOLESCENTES	F4.P5.ABS	14/11/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

El(la) suscrito(a) **LAURA ALEJANDRA FERNÁNDEZ SOTO** identificado con C.C./ C.E./ P.P No. **1.077.873.295** expedida En Garzón Huila, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Uleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Garzón Huila, el día (27) de diciembre de 2024.

Firma
Nombre
Cédula


LAURA ALEJANDRA FERNÁNDEZ SOTO
1.077.873.295

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS
SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:40:42 horas del 30/12/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1077873295,
Apellidos y Nombres FERNANDEZ SOTO LAURA ALEJANDRA

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO, con NIT 901496702-9 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo o cito o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones", y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1077873295 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 14/02/2025 09:41 AM



Código Verificación: **FAG13EHSMY**

Válida hasta: **15/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 31 de marzo de 2025, a las 06:27:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1077873295
Código de Verificación	1077873295250331062723

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 267447264



PIB
06:28:56
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 31 de marzo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LAURA ALEJANDRA FERNANDEZ SOTO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1077873295:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes. El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Milán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN:
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División de Relacionamiento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:36:16 AM horas del 31/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1077873295

Apellidos y Nombres: FERNANDEZ SOTO LAURA ALEJANDRA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
- 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin@policia.gov.co
atop@policia.gov.co



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/03/2025 07:37:37 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1077873295**.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana", Registro interno de validación No. **113417237**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[Nueva Búsqueda](#)[Imprimir](#)

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-918112

[GOV.CO](#)

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:39:26 horas del 31/03/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1077873295**,
Apellidos y Nombres **FERNANDEZ SOTO LAURA ALEJANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**, con NIT **901496902-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>